

ASIAKASLÄHTÖISYYDEN ULOTTUVUUDET KOTIHOIDOSSA
Asiakaslähtöisyys Oulun kaupungin kotihoidossa asiakkaiden ja työntekijöiden
arvioimana

Marjaana Teerikangas
Pro gradu -tutkielma
Kuntoutustiede
2017

Lapin yliopisto, yhteiskuntatieteiden tiedekunta

Työn nimi: Asiakaslähtöisyyden ulottuvuudet kotihoidossa: Asiakaslähtöisyys Oulun kaupungin kotihoidossa asiakkaiden ja työntekijöiden arvioimana.

Tekijä: Marjaana Teerikangas

Koulutusohjelma/oppiaine: Yhteiskuntatieteiden maisteri/Kuntoutustiede

Työn laji: Pro gradu -työ _x_ Sivulaudaturtyö__ Licensiaatintyö__

Sivumäärä: 69 + 6 liitettä

Vuosi: Syksy 2017

Tiivistelmä:

Kotona asuminen on usein ikäihmisen oma toive. Palvelurakenteiden muuttuessa painotetaan vahvasti kotona asumista tukevien palveluiden kehittämistä, joissa kotihoito nähdään yhtenä keskeisimpänä tukimuotona ja kehittämiskohteena. Tämän tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa tietoa asiakaslähtöisyyden ulottuvuuksien toteutumisesta kotihoidossa tueksi kotihoidon kehittämistyöhön. Tutkimuksessa selvitettiin asiakaslähtöisyyden teemojen toteutumista Oulun kaupungin kotihoidon asiakkaiden ja työntekijöiden arvioimana, MPOC -mittaria soveltaen. Lisäksi verrattiin vastaajaryhmien arvioita toisiinsa.

Aineisto kerättiin kvantitatiivisena kyselytutkimuksena Oulun kaupungin kotihoidon henkilökunnalta sekä säännöllisen kotihoidon asiakkailta syksyn 2015 ja kevään 2016 aikana. Aineiston keräämisessä hyödynnettiin palveluntuottajille tarkoitettua MPOC-SP-mittaria sekä asiakkaille tarkoitettua MPOC-20-mittaria, joita sovellettiin kotihoidon toimintakenttään tarkoituksenmukaiseksi. Aineiston analysoinnissa käytettiin SPSS ohjelmaa ja analyysimenetelminä suoria jakaumia, tunnuslukuja, ristiintaulukointia sekä tilastollisia testejä. Aineistoa tiivistettiin pääkomponenttianalyysin avulla.

Asiakkaat arvioivat asiakaslähtöisyyttä koskevilla ulottuvuuksissa olevan runsaasti kehittämiskohteita. Yli puolet vastaajista arvioi asiakaslähtöisyyden toteutuvan kolmessa neljästä ulottuvuudessa vähän. Heikoiten asiakkaiden mukaan toteutui erityisen tiedon tarjoamisen ulottuvuus, parhaiten puolestaan kunnioittava ja tukea antava hoito. Erityisen tiedon tarjoamisessa ilmeni alueellisia eroja ja käyntitiheydellä oli vaikutusta asiakaslähtöisyyden kokemiseen.

Suurin osa työntekijöistä arvioi asiakaslähtöisyyden toteutuvan hyvin. Mahdollisuuksien antaminen ja yhteistyö sekä kunnioittava ja tukea antava hoito ulottuvuudet toteutuivat paljon lähes kaikkien mielestä. Enemmän hajontaa oli erityisen tiedon tarjoamisen ja tiedottamisen ja viestimisen ulottuvuuksissa, joissa noin puolet vastasi asiakaslähtöisyyden toteutuvan paljon. Näiden ulottuvuuksien suhteen nousi esille eroja ammattiryhmien, työskentelyalueen, työn mielekkääksi kokemisen ja työn asiakaslähtöiseksi kokemisen suhteen.

Työntekijät arvioivat kaikilla ulottuvuuksilla asiakaslähtöisyyden toteutuvan useammin kuin asiakkaat. Erot olivat tilastollisesti merkitseviä. Kotihoidon kehittämistyössä tulee jatkossa kiinnittää huomiota asiakaslähtöisyyden aitoon toteutumiseen sekä erityisesti tiedottamisen ja viestimisen organisointiin. Omaha-ajan vahvistaminen ja esimiehen tuen lisääminen ovat keinoja asiakaslähtöisyyden kehittämiseksi.

Avainsanat: kotihoito, asiakaslähtöisyys, MPOC

Muita tietoja:

Suostun tutkielman luovuttamiseen kirjastossa käytettäväksi _x_

SISÄLLYSLUETTELO

1 JOHDANTO.....	1
2 KOTIHOITO	5
2.1 Kotihoidon normiohjaus, tavoite ja sisältö	5
2.2 Kotihoidon toteutus ja kehittämistarpeet aiemman tutkimuksen valossa	6
2.3 Kuntouttava hoitotyö	12
3 ASIAKASLÄHTÖISYYS.....	15
3.1 Asiakaslähtöisyyden määrittely	15
3.2 Asiakaslähtöisyyteen liittyvät hoitotyön peruseriaatteen	18
3.3. Asiakaslähtöisyyden malleja	21
3.4 Asiakaslähtöisyys käytännössä.....	22
3.5 Asiakaslähtöisyys laadun arvioinnin keinona.....	25
4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	27
5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	28
5.1 Mittarin kuvaus.....	28
5.2 Aineisto	31
5.3 Analyysimenetelmät	33
5.4 Eettiset kysymykset	37
6 TULOKSET	39
6.1 Asiakkaiden taustatiedot.....	39
6.2 Työntekijöiden taustatiedot	41
6.3 Asiakkaiden arviot asiakaslähtöisyyden toteutumisesta	42
6.4 Työntekijöiden arviot asiakaslähtöisyyden toteutumisesta.....	48
6.5 Asiakkaiden ja työntekijöiden arvioiden vertailu	53
7 YHTEENVETO JA POHDINTA.....	56
7.1 Tulosten tarkastelua	56
7.2 Tutkimuksen luotettavuus.....	64
Lähteet	66
Liitteet	70

1 JOHDANTO

Valtakunnallisessa keskustelussa ikärakenteen muutokset ovat olleet pinnalla jo pitkään; väestörakenne on ikääntymässä voimakkaasti niin Suomessa kuin koko Euroopankin alueella. Suomessa 75 vuotta täyttäneiden kotona asuvien määrä tulee jopa tuplaantumaan vuoteen 2040 mennessä. Samaan aikaan työikäisen väestön määrä pysyy samana. Tämä yhtälö nostaa esille haasteen, jossa sosiaali- ja terveydenhuoltoon käytettävät varat tulevat vähenemään ja kuntalaisten palvelutarpeet kasvamaan. Samalla hoitohenkilökunnan saatavuus heikentyy. Nykyhallitus työskentelee aktiivisesti Sote- ja maakuntauudistuksen parissa, sillä tarve muutoksille on väistämätön. Palvelurakenteiden muutoksissa suuntaus on vahvasti kotona asumista tukevien palveluiden kehittämisessä, jossa kotihoito nähdään yhtenä keskeisimpänä tukimuotona ja kehittämiskohteena. (Groop, 2014: 5–8; Sote- ja maakuntauudistus 2017.)

Kotona asuminen on useimmiten myös ikäihmisten oma toive. Toiveen täyttymiseksi kotona asumista tukevia palveluita on monipuolistettava ja ajoitukseen kiinnitettävä nykyistä enemmän huomioita. Kotona asumisen ja toimintakyvyn tukemiseen liittyy oleellisesti tarve asiakkaan voimavarojen huomioimiseen ja vahvistamiseen. Resurssien lisäämistä ei nähdä realistisena ratkaisuna, vaan työtapoja on muutettava ja kotihoidon kykyä vastata kasvavaan asiakastarpeeseen parannettava ilman työvoiman lisäämistä, kuitenkin laadusta ja asiakaslähtöisyydestä tinkimättä, henkilökunnan työhyvinvointi huomioiden. (Groop, 2014: 5–8, Turjamaa, 2014: 6.)

Sosiaali- ja terveysministeriön (STM) laatusuosituksessa hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi (2013) nostetaan esille uusinta tutkimustietoa kuntien tueksi vanhuspalvelulain (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn turvaamisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista) toimeenpanossa. Laatusuosituksessa yhtenä oleellisimpana asiana nähdään laadukkaiden ja oikea-aikaisten palveluiden turvaaminen. Terveyden ja toimintakyvyn lisäksi laatusuosituksessa nostetaan esille ikäihmisten osallisuuden vahvistaminen niin, että kehittämisessä ja päätöksenteossa asiakaslähtöisyys toteutuu aidosti. Terminä asiakaslähtöisyys on monimerkityksinen, mutta määrittelyssä keskeisimpänä nähdään yleisesti asiakkaan aktiivinen rooli kaikissa toiminnan vaiheissa. Kuntoutuksen terminologiaan asiakaslähtöisyys ja kuntoutujakeskeisyys termit ovat kuuluneet jo pidempään, mutta 2000-luvulla yleisesti sosiaali- ja terveyspalveluissa asiakaslähtöisyys on korvannut asiakaskeskeisyys termin. Asiakaslähtöisyydellä pyritään

korostamaan asiakkaasta lähtevää tavoitteiden asettelua ja toimintojen suunnittelua. (STM, 2013; Järvikoski, 2013: 41; Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista 980/2012.)

Ikääntyneillä on kohonnut riski joutua omassa hoidossaan ja kuntoutumisessaan sivustakatsajan rooliin ja terveydenhuollon ammattilaiset voivat yliarvioida oman roolinsa asiakkaan hoito- tai kuntoutusprosessin eri vaiheissa. Asiakkaiden itse laatimat tavoitteet niin hoidon kuin kuntoutuksenkin osalta sitouttavat mahdollisiin elämäntapamuutoksiin ja kannustavat aktiivisuuteen ja omatoimisuuteen. Reunasen ym. (2015: 6–8) tutkimuksessa aivohalvausasiakkaiden kotikuntoutuksessa oleellisena nähtiin asiakkaan aktiivinen rooli tavoitteiden asettamisessa sekä koti konkreettisena toimintaympäristönä ja siten harjoittelun mahdollistajana tai vaikeuttajana. Ammattilaisen ohjaus ja apu toimintojen onnistumisessa ja toimintaan rohkaisemisessa oikeassa toimintaympäristössä oli usein tarpeen. Kotihoidon rooli asiakkaiden toimintakyvyn tukemisessa ja itsenäiseen toimintaan rohkaisemisessa on keskeinen. Hoito- ja palvelusuunnitelmat määrittävät kotihoidon kysyntää ja niissä määritellään asiakkaan palvelutarve, johon on velvollisuus vastata. (Groop, 2014: 8.)

Asiakaslähtöisyys on viime aikoina noussut myös oleelliseksi laadun mittariksi. Palvelurakenteiden muuttuessa asiakkaiden kohtaaminen ja kokemukset ovat entistäkin tärkeämmässä roolissa myös palveluntarjoajan näkökulmasta. Toisaalta myös asiakkaat ovat aiempaa tietoisempia valinnan mahdollisuuksistaan palveluiden suhteen, joten asiakkaan tavoitteiden ja toiveiden kuuleminen on tärkeää. Oulun kaupungin sosiaali- ja terveystalvveluissa kartoitetaan säännöllisesti asiakastyytyväisyyttä laajasti eri palveluita kattavalla kyselyllä, jossa kotihoidon asiakkaille on kohdennettu muutamia erillisiä kysymyksiä hoito- ja palvelusuunnitelman voimassaolosta ja omahoitajuudesta. Kysely nostaa esille asiakastyytyväisyyden tasoja, mutta ei varsinaisesti tuota kehittämisehdotuksia. Ikääntyneiden palveluiden laatusuosituksessa palveluiden laatua kehoitetaan seuraamaan ja saatua palautetta hyödyntämään ikääntyneiden palvelujen laadun kehittämisessä ja parantamisessa. (STM, 2013: 35.)

Oulun kaupungissa ikäihmisten kotona asumisen tukeminen ja siten kotihoidon kehittämistarve on tiedostettu ja siihen on viime vuosina pyritty erityisesti panostamaan. Oulun kaupungin Ikääntymispoliittisessa strategiassa (2010–2020) kotihoidon yksilöllisyys

nousi yhdeksi tärkeimmistä tavoitteista. Lisäksi yhteistyö eri toimijoiden kesken sekä oikea-aikaiset apuvälineratkaisut ja uuden teknologian hyödyntäminen on kirjattu strategiaan. Uusien palveluratkaisujen kehittäminen, nykyisen toiminnan tehostaminen sekä teknologian hyödyntäminen ovat kotihoidon haasteita. Samalla tulisi turvata kotihoidon laadukkuus. Strategiassa tiedostetaan tarve henkilöstön työhyvinvoinnin lisäämiseen, jossa lähihoitamisella ja henkilöstön vaikutusmahdollisuuksilla työn sisältöön on suuri rooli. (Oulun kaupunki, 2010: 30–32.)

Vuoden 2015 alusta kotihoidon kehittämistyöstä Oulun kaupungilla vastaa keskitetysti kehittämiskoordinaattori. Ikääntymispoliittisen strategian tavoitteiden pohjalta toimintamalleja on lähdetty muokkaamaan monista eri näkökulmista, niin toiminnan tuottavuuden kuin laadunkin parantamiseksi. Yhtenä laadun parantamisen ja asiakaslähtöisyyden lisäämisen lähtökohtana on ollut hoito- ja palvelusuunnitelmien ajantasaistaminen ja erityisesti niiden sisällöllinen muutos asiakkaan voimavaroja ja arjen toimintakykyä esille tuovaksi. Kehittämistyössä tavoitteena on mahdollistaa ja tukea kuntouttavan työtavan toteutumista asiakkaan arjessa. Kehittämistyön alkuvaiheessa on noussut esille tarpeita henkilöstön kuntouttavan työtavan tiedon ja osaamisen tukemiseen sekä yleiseen asennemuutokseenkin. Hoito- ja palvelusuunnitelmien tarkoitus ja tavoite ovat kaivanneet vahvistamista.

Tutkimuksissa ja selvityksissä on todettu kotihoidon olevan monin paikoin vahvasti tehtäväkeskeistä, eikä se aina perustu asiakkaan todellisiin tarpeisiin tai toiveisiin. Asiakaslähtöisyys on avaintekijä, kun mietitään, miten yhdistää asiakkaiden erilaiset tarpeet, asiakkaiden kunnioitus ja elämäntarinoiden huomioiminen sekä toimintakapasiteetti ja toiveet. Voimaantuminen, valtaistuminen ja osallisuus asiakkaiden hoito- ja kuntoutumispolkujen aikana on noussut esille jo ennen vuosituhannen vaihdetta ja asiakasnäkökulman korostuminen on vain vahvistunut viimeaikaisissa yhteiskunnallisissa ja poliittisissa keskusteluissa. (Sjögren, 2013: 7; Peek ym. 2007: 165.)

Kotihoidon asiakaslähtöisyyttä on arvioitu viime vuosina muutamissa tutkimuksissa lähinnä kvalitatiivisen tutkimuksen keinoin. Kotihoitotyössä asiakkaan ja työntekijän välisen luottamuksen rakentuminen on tärkeää. Luottamuksen rakentumisen perustekijöinä ovat vastavuoroinen vuorovaikutus ja asiakkaan omien voimavarojen ja itsemääräämisoikeuden huomioiminen. Ikäihmisten luottamus kotihoidon työntekijöihin lisääntyy, mitä

enemmän heidän mielipiteitään kysytään ja kuunnellaan ja heidän tarpeensa huomioidaan päivittäisen avun suunnittelussa. (Turjamaa, 2014: 20–21.)

Tässä tutkimuksessa on tarkoituksena selvittää kotihoidon asiakaslähtöisyyttä sekä kotihoidon asiakkaiden että henkilöstön näkökulmista kvantitatiivisen tutkimuksen keinoin. Saatua tutkimustietoa voidaan hyödyntää ikäihmisten palveluiden kehittämiskohteiden identifioinnissa ja yleisesti tukena kehitystyössä. Tutkimusaineisto kerättiin henkilökohdaisina kyselyinä MPOC-mittaristoa soveltaen. Molempien kohderyhmien kyselyt rakentuvat samojen ulottuvuuksien ympärille, mikä mahdollistaa myös vastausten vertaamisen keskenään.

Tutkielman viitekehys koostuu kotihoidon määrittelystä sekä kotihoidon toiminnalle ominaisten tekijöiden esille tuomisesta. Lisäksi viitekehyksessä käsitellään asiakaslähtöisyyden ulottuvuuksia, joita tutkielman edetessä peilataan asiakkaille ja työntekijöille tehdyn kyselyn teemoihin. Neljännessä luvussa käydään tiiviisti läpi tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset. Viidennessä luvussa kuvataan tutkimuksen toteutumista, käytettyä mittaria, aineistoa, analyysimenetelmiä sekä tutkimuseettisiä kysymyksiä. Seuraavaan lukuun on koottu tutkimuksen tulokset, jotka on käsitelty erikseen asiakkaiden ja henkilökunnan näkökulmista sekä lopuksi vertailtu ryhmien tuloksia keskenään. Yhteen veto ja pohdinta luvussa kuvataan keskeisiä tuloksia ja niiden pohjalta esille nousseita kehittämistarpeita.

2 KOTIHOITO

2.1 Kotihoidon normiohjaus, tavoite ja sisältö

Kuntien vanhuspalveluita ohjaa vahvasti lainsäädäntö. Vuonna 2013 voimaan tullut vanhuspalvelulaki käsittelee laajasti palvelutarpeeseen vastaamista, palveluiden laatua, ikääntyneiden osallistumista sekä kunnan velvoitteita. Lain tueksi laaditussa laatusuosituksessa hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palveluiden parantamiseksi (2013) on kirjattu yhdeksi keskeiseksi tavoitteeksi, että ikäihmiset asuisivat kotona mahdollisimman pitkään. Valtakunnallisena tavoitteena on ollut, että 75 vuotta täyttäneistä 91–92 prosenttia asuu kotona tarvitsemiensa palveluiden turvin. Säännöllisten kotihoidon palveluiden piirissä olisi 13–14 prosenttia 75 vuotta täyttäneistä. (STM, 2013.)

Keinoja kotona asumisen mahdollistamiseksi on mietitty viime aikoina laajalla rintamalla ja erityisesti teknologian mahdollisuuksia on selvitelty runsaasti. Yhtenä perinteisimmistä kotona asumisen mahdollistajista ovat kuitenkin edelleen kotihoidon palvelut. Kotihoito tukee kotona selviytymistä silloin, kun asiakkaan toimintakyky on heikentynyt ja tarvitaan apua päivittäisissä toiminnoissa selviytymisessä. Kotihoidon yleisenä tavoitteena on ikäihmisten itsenäisen suoriutumisen ja kotona asumisen tukeminen, jotta mahdollisimman moni voisi asua omassa kodissaan. (Voutilainen, 2007: 13–15; Tepponen, 2009: 19–21.)

Kunnat ovat voineet halutessaan yhdistää sosiaalihuoltolakiin perustuvan kotipalvelun ja kansanterveyslakiin perustuvan kotisairaanhoidon kotihoidoksi ja useimmat kunnat näin ovat toimineetkin. Kotiin annettavat palvelut jaetaan usein sairaanhoidollisiin toimiin, perushoittoon ja huolenpitoon, kodinhoidollisiin palveluihin ja tukipalveluihin, kuten aterian-, siivous-, turva- ja kuljetuspalvelut. Sosiaalihuoltolain mukainen kotipalvelu sisältää toimintakykyä tukevan avun arjen toiminnoissa, kuten henkilökohtaisessa hygieniassa, ruokailussa, liikkumisessa ja päivittäisissä kodin toiminnoissa. Kotihoitoon kuuluu oleellisena osana myös ohjaaminen, tiedottaminen, neuvonta, psykososiaalinen tuki sekä tukipalvelut. Kotihoidon sairaanhoidolliset tehtävät sisältävät lääketieteellistä hoitoa, gerontologista hoitotyötä sekä sairauksien ehkäisyä ja terveyden edistämistä. Kotihoidon perustana on aina palvelutarpeen- ja toimintakyvyn arviointi sekä säännöllisesti päivitettävä hoito- ja palvelusuunnitelma. (Tepponen, 2009: 19–21; Terveystieteidenhuoltolaki 1326/2010; Sosiaalihuoltolaki 1301/2014.)

Sosiaali- ja terveysministeriö (2004) määrittelee laadukkaan kotihoidon tukevan, ylläpitävän ja edistävän asiakkaan toimintakykyä, kuntoutumista ja elämänhallintaa. Asiakaslähtöinen kotihoito-opas (Tepponen, 2007: 62) määrittelee laadukkaaseen kotihoitoon kuuluvan ennakkoivaa toimintaa sekä palveluneuvontaa- ja ohjausta, kodinhoidollisia tehtäviä, hoiva- ja hoitotyötä, kuntoutusta, lääketieteellistä hoitoa, akuuttitilanteiden sairaanhoitoa sekä saattohoitoa. Voutilaisen (2007: 13–15) mukaan laadukas kotihoito on asiakaslähtöistä ja perustuu laajaan palvelutarpeenarvointiin. Lisäksi kirjalliseen hoito- ja palvelusuunnitelmaan on nimetty hoidon tavoitteet, joita arvioidaan ja päivitetään säännöllisesti. Toimintakykyä ja kuntoutumista edistävää työtä tehdään yhteistyössä asiakkaan, lähipiirin ja verkostojen kanssa, ja työ perustuu olemassa olevaan tutkimustietoon ja tietoon hyvistä käytännöistä.

Valtakunnalliset linjaukset korostavat eheitä palvelukokonaisuuksia sekä moniammatillista yhteistyötä. Kotiin annettavien palveluiden avulla pyritään ehkäisemään raskaampien palveluiden tai esimerkiksi laitoshoidon tarvetta. Säännöllisen kotihoidon asiakkailla avuntarvetta on vähintään kerran viikossa ja palvelun tulee perustua ajantasaiseen hoito- ja palvelusuunnitelmaan. Tieto kotihoidon asiakkaiden toimintakyvystä auttaa kohdentamaan palveluita oikea-aikaisemmin ja vastaamaan asiakkaiden todellisiin tarpeisiin. Ennaltaehkäiseviin palveluihin sekä kuntouttavaan näkökulmaan panostaminen ovat keskeisiä tulevaisuuden tavoitteita. Laatusuosituksessa kotihoidon toimintakykyä edistävää ja kuntouttavaa työtapaa kehoitetaan vahvistamaan ja kuntoutusta vaaditaan osaksi kaikkia palveluita. (Tepponen, 2009: 62; STM 2013.)

2.2 Kotihoidon toteutus ja kehittämistarpeet aiemman tutkimuksen valossa

Kotihoidon ja sairaalasta kotiutumisen palveluiden yhteensovittamista (PALKO) on arvioitu Hammarin (2008) väitöskirjassa. Arvioinnin kohteena oli asiakkaiden toimintakyky, elämänlaatu, palveluiden käyttö ja kustannukset. Tutkimuksessa oli mukana 22 kuntaa, joista jokaisesta 35 asiakasta. Sairaalasta kotihoidon piiriin kotiutuvat olivat yleisimmin iäkkäitä, yksin asuvia naisia, joiden toimintakyky oli heikentynyt ja jotka kokivat terveyteen liittyvän elämänlaatunsa heikommaksi muihin saman ikäisiin verrattuna. He selviytyivät usein itsenäisesti perustoiminnoista, kuten pukeutumisesta ja syömisestä, mutta tarvitsivat apua kodinhoidollisissa tehtävissä ja asioiden hoitamisessa. Onnistuneen kotiutumisen mahdollistamiseksi asiakkaiden tunteminen, tiedon siirtyminen ja yhteistyö

ovat keskeisessä roolissa. Resurssien optimaaliseksi hyödyntämiseksi päällekkäisen toiminnan vähentyminen on keskeistä. Yhtenä mielenkiintoisena havaintona nousi esille, että omahoitajat arvioivat asiakkaan palvelutarpeen usein suuremmaksi kuin asiakas itse. (Hammar, 2008: 79–80, 102–103.)

Turjamaan (2014) väitöstutkimuksessaan haastattelemat kotihoidon asiakkaat kokivat tarvitsevänsä positiivista palautetta ja rohkaisua itsenäiseen toimintaan. He kokivat myös kotihoidon käyntien tukevan psyykkistä hyvinvointia ja ehkäisevän masentuneisuutta. Ikäihmisten haastatteluissa sosiaaliset kontaktit ja elämän mielekkyyden kokemukset nousivat voimakkaammin esille kuin henkilökunnan haastatteluissa, joissa korostuivat enemmän kotiin, taloudelliseen tilanteeseen ja sosiaalisiin verkostoihin liittyvät tekijät. Ikäihmisten voimavarojen huomiointi kotihoidon palvelujen suunnittelussa näyttäisi painottuvan fyysisen ja kognitiivisen toimintakyvyn arviointiin ja erityisesti päivittäisten toimintojen osa-alueisiin. Kodin ulkopuolisia aktiviteetteja ei nähty yhtä tärkeänä kuin ikäihmiset ne itse kokivat. Kotihoidon työntekijöiden työ nähtiin tehtäväkeskeisenä, joka näkyy myös kirjaamisissa työntekijälähtöisyytenä. Väitöskirjassa analysoiduissa hoitosuunnitelmissa vain muutamassa oli mainittu asiakkaan kannustaminen ja motivointi sekä tuotu esille yhteistyötä omaisten ja läheisten kanssa. (Turjamaa, 2014: 29–31.)

Paljärvi (2012) tutki väitöskirjassaan seurantatutkimuksena kotihoidon laatua. Palvelurakenteissa tapahtui vuosien 1994–2004 välillä runsaasti muutoksia, mutta kotihoidon laadukkuuteen rakenteiden muutoksilla oli vain vähän vaikutusta. Yleisesti kotihoidon palveluihin oltiin melko tai erittäin tyytyväisiä koko seuranta-ajan. Asiakkaat kokivat yleisesti palvelun olevan laadukkaampaa kuin omaiset tai työntekijät itse. Asiakkaat arvioivat seuranta-aikana parantuneen annetun ajan riittävyyden, hoidon saatavuuden sekä asiakkaan ohjaamisen, neuvonnan ja tiedottamisen. Heikentynyt puolestaan arviointien mukaan oli asiointiavun saaminen, asiakkaan kanssa keskustelu sekä siivouspalvelu. Yleisesti kotihoidon puutteina nähtiin työntekijöiden kiire ja annetun ajan riittämättömyys, tiedottamisen ja ohjauksen osalta kyky auttaa asiakkaita pitämään yhteyttä muihin oli puutteellinen. (Paljärvi, 2012: 86–87.)

Turjamaan väitöstutkimuksessa haastatelluille kotihoidon asiakkaille tuttu kotihoidon työntekijä muodosti ison osan sosiaalisesta verkostosta. Tärkeyteen vaikutti erityisesti vuorovaikutuksen vastavuoroisuus, käyntitiheys ja säännöllisyys sekä apu arjen asioissa,

kuten talous- ja kauppa-asioissa. Verkostoituminen toisten ikäihmisten kanssa on yhteydessä subjektiiviseen kokemukseen erittäin korkeasta hyvinvoinnista, joten esimerkiksi ryhmätoimintoihin tai erilaisiin verkostoihin kannustaminen edistää ikäihmisten voimavaroja ja kotihoidon rooli tiedon jakamisessa ja asiakkaiden ohjaamisessa toiminnan piiriin on tärkeä. (Turjamaa, 2014: 29.)

Kokonaisvaltainen toimintakyvyn tukeminen on ikäihmisen ja hänen verkostonsa yhteistyön tulos, joka vaatii yhdessä määritellyt tavoitteet, keinot ja selkeät vastuut. Kuten aikaisemminkin on todettu, tehdään kotihoidossa vielä paljon asiakkaiden puolesta, useimmiten ajan puutteeseen vedoten. Usein myös omaiset ovat tietämättömiä, miten voisivat tukea läheisensä toimintakykyä. Koti on usealle ihmiselle voimavara ja tutussa ympäristössä myös toimintakyvyn rajoitteiden kanssa itsenäinen toiminta on mahdollista. Kotihoidon asiakkaat kokivat sosiaalisten suhteiden tukevan psyykkistä hyvinvointia, tyytyväisyyttä sekä yleistä toimintakykyisyyttä. (Turjamaa ym. 2014.) Perheen ja lähipiirin lisäksi myös kotihoidon työntekijät kuuluvat asiakkaan sosiaaliseen verkostoon, joten käynneillä on tärkeää tiedostaa myös sosiaalinen näkökulma. (Kotihoito 2020: 45; Turjamaa, 2014: 27–28.)

Aikaisemmissa tutkimuksissa on todettu asiakkaiden liian usein olevan passiivisina hoidon kohteina, ilman osallistumisen tai vaikuttamisen mahdollisuuksia, vaikka useat lait ja suositukset määrittävät asiakkaan oikeuksia ja vastuita hoitoon ja sen suunnitteluun osallistumisessa (mm. Outhoorn ym. 2007; Hammar ym. 2009; Salguero ym. 2011). Turjamaan väitöskirjassa puolesta tekemisen toimintakulttuuri nousi esille sekä ikäihmisten että työntekijöiden näkökulmissa. Toimintatapoja pitäisi pyrkiä aktiivisesti muuttamaan yhdessä tekemiseen ja ohjaamiseen. Kotihoito koettiin organisaatiolähtöisenä, eikä asiakkaan voimavarojen ja yksilöllisten tarpeiden huomioiminen juurikaan mahdollistu. Ikäihmiset kokivat nimetyn omahoitajan tärkeänä, koska omahoitajan kanssa on mahdollista keskustella henkilökohtaisemmistakin asioista. Suuri osa kotihoitotyöhön liittyvästä tutkimuksesta on Turjamaan mukaan painottunut asiakkaiden voimavarojen arvioinnin toteutumiseen ja sen haasteisiin, käytännön toiminnan tasolla tarkastelu on ollut vähäisempää ja hänen mukaansa olisikin tärkeää selvittää, näkyykö voimavarojen tukeminen todellisessa asiakastyössä. (Turjamaa, 2014: 2, 16–17.)

Turjamaan väitöskirjassa nostetaan esille neljä oleellista tekijää, jotka huomioimalla kotihoito voisi jatkossa paremmin tukea kotona asumista. Näitä tekijöitä ovat tarpeisiin vastaava hoito, tarkoitukselliset ja inspiroivat aktiviteetit, vastavuoroiset sosiaaliset suhteet sekä turvallinen toimintaympäristö. Säännöllisellä arvioinnilla nähtiin olevan suuri merkitys toiminnan kehittämisessä ja arvioinnin työkaluja kaivattiin avuksi asiakkaiden voimavarojen kartoittamiseen. Asiakkaat kokivat tärkeimpänä asiana tutun hoitajan säännölliset käynnit, jolloin on mahdollista luoda tuttavallinen ja luotettava suhde. Myös työntekijät kokivat asiakkaan tuntemisen tärkeäksi, sillä silloin on mahdollista huomioida yksilölliset voimavarat ja tavat paremmin. Yhteinen tekeminen nähtiin mielekkäänä sekä asiakkaiden että henkilökunnan näkökulmista, esimerkiksi yhteinen kahvihetki tai lehden lukeminen olivat tällaisia toimintoja. (Turjamaa, 2014: 37–38.)

Lopputuloksena Turjamaa toteaa, että henkilökunta on pääosin hyvin tietoisia asiakkaan voimavaroista, mutta käytännön työssä voimavarat jäävät usein hyödyntämättä. Kotihoidon sisältö painottuu päivittäisten toimintojen tukemiseen, lääkehoidon varmistamiseen sekä elämää ylläpitävään hoitoon. Kuten aikaisemmissakin tutkimuksissa, myös tässä kotihoidon toimintaa kritisoitiin asiantuntijalähtöiseksi, toiminnot tehdään mieluummin asiakkaan puolesta kuin asiakkaan kanssa. Näin henkilökunnan toiminta on sairauskeskeistä ja painottuu helposti fyysiseen apuun. Haastateltujen työntekijöiden näkökulma annettuun hoitoon oli osittain erittäin suppea ja sisälsi vain avun ja tuen perustoimintoihin. Kuten aikaisemmissakin tutkimuksissa, myös tässä tapauksessa asiantuntijat tekivät päätöksiä asiakkaan puolesta. Kriittinen eettinen keskustelu on paikallaan, jotta toimintatapa muuttuu asiakkaan omaa päätöksentekoa tukevaksi. Toimintatavan muutos yhdessä tekeväksi lisäisi jo itsessään asiakkaan luottamusta omaan toimintaan ja siten tukisi päätöksentekoa. Vastavuoroinen keskustelu asiakkaan kanssa on pohja tälle. (Turjamaa, 2014: 39–40.)

Kritiikkiä kohdistui myös käyntien pikaisuuteen, henkilöstön vaihtuvuuteen sekä palveluiden pirstaloitumiseen. Asiakkaat kokivat työntekijöiden tekevän päätöksiä heidän puolestaan. Usein asiakkaat arvioivat asiat liian tärkeiksi heidän itsensä päätettäväksi. Henkilökunta koki työnsä mekaaniseksi, tehtäväkeskeiseksi ja asiakkaasta toiseen samanlaisena toistuvaksi. Sekä asiakkaat että työntekijät kokivat voimavaralähtöisyyden tärkeäksi perustaksi toiminnalle. Turjamaan tutkimuksen yhtenä keskeisimpänä huomioina oli, että kotihoidon palveluiden suunnittelua tulee kehittää kokonaisvaltaisempaan ja asiakaslähtöisempään suuntaan. (Turjamaa, 2014: 41–42.)

Sanelman (2009) väitöstutkimuksessa kehitettiin toimintatutkimuksen keinoin kotihoiton toimintaa. Kotihoidon henkilökunta keräsi palautetta omilta asiakkailtaan ja niissä nousi esille, että omahoitajuus koettiin asiakkaiden mukaan mielekkäänä ja turvallisuuden tunnetta lisäävänä toimintamallina. Ongelmakohdiksi asiakkaat kokivat hoitajien vaihtuvuuden, kiireen ja vaivojen vähättelemisen. Hyväksi arvioitiin asioiden hoituminen yhdellä kertaa, yhteistyön sujuvuus, ammatillinen osaaminen ja että kotona sai olla myös huonokuntoisena. Hoidon laadun parantamiseksi kehittämistyössä nousi keskiöön yhtenäiset hoito- ja palvelusuunnitelmat, jotka takaisivat tavoitteellisen ja yhtenäisen työskentelyn. Omahoitajuuden vahvistaminen oli koettu kotihoidon tiimeissä mielekkäänä työn kannalta ja tutun asiakkaan kanssa kuntouttavan työotteen toteuttaminen oli tuntunut luontevammalta. Lisäksi omahoitajat olivat alkaneet arvioida asiakkaan tilannetta kokonaisvaltaisemmin. (Sanelma, 2009: 174–175.)

Kotihoito 2020 hankkeen aikana kehitettiin Tekesin rahoittamana kehityshankkeena kotihoitoon tavoitteellisen hoitotyön malli, jossa tehtiin kovasti töitä asiakaslähtöisen ja voimavaralähtöisen kirjaamisen ja tavoitteen asettelun kehittämiseksi. Asiakkaan elämäntilanteen kokonaisvaltainen huomioiminen on tavoitteellisen hoidon kulmakivi. Myös omahoitajuutta vahvistettiin ja rooleja selkeytettiin. Omahoitaja otti enemmän vastuuta asiakkaan kokonaistilanteesta ja hoidon jatkuvuudesta ja konsultoi tarvittaessa työparina toimivaa sairaanhoitajaa. Pilotin aikana kotihoidon ajattelutapaa onnistuttiin muuttamaan tehtäväkeskeisestä asiakkaan voimavaroja huomioivaan. Hoito- ja palvelusuunnitelmiin kiinnitettiin huomiota ja asiakkaat itse tuottivat niihin tavoitteita. Omahoitajan ja asiakkaan välinen suhde muuttui luottamuksellisemmaksi ja hoitajat sitoutuivat asiakkaan hoitoon vastuullisemmin. Olellisin muutos on oppiminen pois puolesta tekemisen kulttuurista. Pilotin aikana raportoitiin kotihoidon käyntitarpeiden vähentymistä asiakkaiden omatoimisuuden lisääntyessä. (Kotihoito 2020: 54.)

Koettu hoidon laatu asiakkaan näkökulmasta (ASLA) -tutkimukseen kerättiin laajasti tietoa iäkkäiden ihmisten kokemuksista hoidon laadusta ja palveluista kotihoidossa ja palveluasumisessa. Kysely kohdennettiin asiakkaille, omaisille ja omahoitajille. Ensimmäisiä tuloksia on raportoitu ja tutkimus kestää vuoden 2020 loppuun. Ensimmäisessä raportissa todettiin joka kolmannen kotihoidon asiakkaan joutuvan olevan haluamattaan paljon

yksin. Kaikki kyselyyn vastanneet ryhmät arvioivat, että akuuttiin tarpeeseen saa tarvittaessa avun, mutta yksinäisyyden tunteeseen tai uusien ihmissuhteiden löytymiseen ei voida vaikuttaa. (Alastalo ym. 2016: 2–4,7.)

ASLA-tutkimuksen mukaan asiakkaat olivat kauttalinjan tyytyväisempiä palveluiden laatuun kuin omaiset. Omaisten huoli ikäihmisestä voi siis olla suurempi kuin ikäihmisen oma kokemus päivittäisestä pärjäämisestään. Kaikkien vastaajaryhmien mukaan kotihoidossa autetaan ympärivuorokautista hoivaa enemmän asiakkaita elämään oman näköistään arkea. Asiakkailla oli omaisia ja hoitajia myönteisempi käsitys kotihoidon mahdollisuuksista toteuttaa heidän toiveitaan. (Alastalo ym. 2016: 16.)

Kotihoidon asiakkaista kaksi kolmesta koki voivansa päättää, kuka saa tulla hänen kotiinsa. Kotihoidossa asiakkaat kokivat päätäntävaltansa suuremmaksi kuin ympärivuorokautisessa hoidossa. Neljä viidestä kotihoidon asiakkaasta koki saavansa vaikuttaa vaateituksen valintaan itse ja puolet koki pääsevänsä peseytymään niin usein kuin haluaa. Lähes kaikki kotihoidon asiakkaat vastasivat pääsevänsä käymään wc:ssä silloin kun haluaa. (Alastalo ym. 2016: 20–23.)

Sovittujen aikataulujen noudattamiseen liittyvässä kysymyksessä kolmasosa kotihoidon asiakkaista vastasi hoitajien noudattavan aina aikatauluja. Lähes 40 prosenttia kotihoidon asiakkaista ja kolmannes hoitajista kokee henkilöstöllä olevan tarpeeksi aikaa asiakkaalle ja yli puolet hoitajista ja asiakkaista vastasi hoitavan henkilöstön ottavan asiakkaan mieltymykset huomioon. Ympärivuorokautiseen hoitoon verrattuna kotihoidon henkilöstön vaihtuvuus koettiin suurempana. (Alastalo ym. 2016: 25–28.)

Mielekkäiden asioiden tekeminen mahdollistuu kotihoidon asiakkaista 40 prosentin mielestä. Omaiset ja hoitajat arvioivat tätäkin asiakkaita kriittisemmin. Yli kolmannes asiakkaista koki pääsevänsä riittävästi ulkoilemaan. (Alastalo ym. 2016: 30–33.)

ASLA-tutkimuksen aineiston perusteella on raportoitu myös iäkkään mahdollisuuksista osallistua omaa hoitoaan koskeviin valintoihin, sisältöön ja toimintatapoihin. Tavoitteena oli kartoittaa vanhuspalvelulakiin kirjattujen tavoitteiden täyttymistä. Lain toteutumista arvioitiin väittämin: ”osallistun hoitoni suunnitteluun itse ja tarvittaessa omaiseni tai läheiseni tukemana” ja ”saan säännöllisesti ja poikkeuksetta riittävästi tietoa minua koskevista hoitotoimista”. Aineiston mukaan kotihoidon asiakkaista 80 prosenttia osallistui

oman hoitonsa suunnitteluun, olipa kyseessä ei lainkaan, vähän tai keskivaikeasti muistisairas asiakas. Kotihoidon toimintakäytännöt ottavat ympärivuorokautista hoivaa paremmin huomioon asiakkaan toiveet. Ympärivuorokautisessa hoivassa 60 prosenttia asiakkaista koki saavansa osallistua hoidon suunnitteluun. Hoidon suunnitteluun osallistuminen edellyttää tiedon saamista. Kotihoidon asiakkaista lähes 90 prosenttia koki saavansa riittävästi tietoa hoidostaan. (Kehusmaa ym. 2016: 1–3.)

Hoitotyöstä ja yleisesti sosiaali- ja terveyspalveluista puhuttaessa resurssien niukkuus nousee lähes poikkeuksetta esille. Viimeisimmässä Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen kartoituksessa kotihoidon henkilökunta koki kiirettä ja riittämättömyyttä enemmän kuin muut hoitoalan työntekijät, myös rasisoireita oli enemmän kuin muualla työskentelevällä hoitoalan henkilöstöllä ja tietotekniikkaan liittyvät asiat huolettivat enemmän kuin muualla. Kotihoidon asiakkaat ovat aikaisempaa heikompikuntoisia ja paine kotona asuminen mahdollistamiseen on kova. Asiakkaiden määrä on kasvanut, mutta resurssit vähentyneet. Kotihoidon työntekijät arvioivat hoidon laadun heikommaksi kuin muualla vanhuspalveluissa työskentelevät. Erityisesti lähijohtamisen oikeudenmukaisuuteen tulisi kiinnittää raportin mukaan erityistä huomioita. (Vehko ym. 2017, 9–10.)

2.3 Kuntouttava hoitotyö

Niin kotihoidon kuin laitoshoidonkin vaatimuksiin on entistä enemmän nostettu kuntouttavat elementit ja asiakkaan huomioiminen mahdollisimman aktiivisesti omassa hoidossaan mukana olevana toimijana. Kuntouttavan hoitotyön mielletään olevan keskeinen osa asiakkaan hyvää hoitoa. Henkilöstön osaamisella, asenteilla ja käytössä olevilla toimintamalleilla sekä resursseilla on merkitystä hyvien hoitokäytäntöjen toteutumisessa. Kuntouttavan hoitotyön esteet eivät välttämättä johdu resurssien vähyydestä, esimerkiksi hyvällä johtamisella pystytään tukemaan henkilöstön toimintaa. Johtaminen vaikuttaa työntekijöiden asenteisiin ja työmotivaatioon ja sitä kautta myös asiakkaiden kuntoutumisen mahdollisuuksiin. Toimivan työyhteisön perustana voidaan pitää kuntoutumista edistävää toimintakulttuuria, innostunutta ilmapiiriä ja yhteistä päämäärää. (Vähäkangas, 2010: 15–16, 24–25, 37; Vähäkangas ym. 2012: 60; Pikkarainen, 2016: 98.)

Kuntoutumista edistävää hoitotyötä on määritelty esimerkiksi niin, että se on terveydenhuollon ammattihenkilöiden toimintaa, jossa hoitaja edistää asiakkaan kuntoutumista tuomalla asiakkaan hyödynnettäviksi omat ammatilliset tietonsa ja taitonsa. Toiminta on tavoitteellista, ja tavoitteet on kirjattu hoito- ja palvelusuunnitelmaan. Mahdollisimman itsenäisen selviytymisen rinnalla lähes yhtä tärkeänä nähdään tavoite tukea asiakkaan omanarvontunnetta ja itsemääräämistä. Hoitajan ammattimainen toiminta näkyy osaamisena motivoida, antaa palautetta, kannustaa ja tukea asiakasta kuntoutumisessa. Kuntoutusosastolla hoitajavetoisessa kuntouttavassa toiminnassa oleellisten kuntoutumista edistävien tekijöiden nähtiin olevan erityisesti hoitajien henkilökohtaisia ominaisuuksia. Esimerkiksi vastuunotto- ja päätöksentekokykyä, sosiaalisia taitoja sekä kykyä tavoitteelliseen toimintaan pidettiin tärkeinä. Hoitohenkilökunnan asiantuntijuus ja osaaminen sekä kyky motivoida asiakasta ovat keskeisiä hyvään tulokseen pääsemiseksi. Hoitajien osaamista lisäämällä voidaan tehostaa kuntoutumista edistävää toimintaa, joka vastaa vasti vakiintuneena toimintakäytäntönä näyttäisi lisäävän työtyytyväisyyttä. (Vähäkangas, 2010: 34–36; Vähäkangas ym. 2012: 61.)

Hoitaja tukee asiakkaan toimintaa muun muassa opettamisen, ohjaamisen, yhdessä tekemisen, kannustamisen, auttamisen, motivoimisen ja tiedonjakamisen avulla. Hoitaja toimii sitä kuntouttavammalla tavalla, mitä enemmän hän uskoo asiakkaan kuntoutumisen mahdollisuuksiin ja kuntoutumista edistävän toiminnan mahdollisuuksiin. (Vähäkangas ym. 2006: 3233.) Vähäkankaan ym. (2008: 160) artikkelissa todetaan päivittäisen kuntoutumista edistävän hoitajan toiminnan lisäävän asiakkaan hoitoaikaa noin kahdeksan minuuttia päivässä ja siten lisäävän asiakkaiden saamaa tukea ja huomiota. Asiakkaan korkea ikä, kognition ja päivittäisistä toiminnoista selviytymisen haasteet sekä lyhyempi laitoshoidon kesto näyttivät lisäävän hoitajien kuntouttavia toimia.

Kansalliset suositukset, tavoitteet ja ohjeet kannustavat toimintaan, jossa asiakkaiden aktiivisuutta vahvistetaan ja kuntoutumisen mahdollisuuksia tuetaan. Kuntoutumista edistävän toiminnan perustana on kuntoutumista edistävä toimintafilosofia. On tärkeää, että asiakas, mutta myös omaiset ovat tietoisia toimintatavoista ja pystyvät siten olemaan aktiivisemmin mukana tukemassa kuntoutumista. Toimintafilosofia tuo konkreettiset ja selkeät puitteet yhteiselle toimintamallille ja esimerkiksi omahoitajuudelle, ja parantaa hoitajan sitoutumista. Vähäkangas (2010) totesi tuloksen vahvistavan aikaisemmissa tutkimuksissa (Routsalo ym. 2004; Resnick ym. 2009b) todetun toimintafilosofian tärkeyttä. (Vähäkangas, 2010: 91.)

Sanelman (2009) väitöstutkimuksessa lähiesimiestyön tärkeys nousi voimakkaasti esille kotihoidon muuttuvissa tilanteissa. Lähiesimiestyö nähtiin tärkeänä hoitotyön arjen ja työn sujuvuuden mahdollistamiseksi ja lähiesimiehen odotettiin ratkaisevan ristiriitoja ja olevan tukena ongelmatilanteissa. (Sanelma 2009: 177–178.)

3 ASIAKASLÄHTÖISYYS

3.1 Asiakaslähtöisyyden määrittely

Yhteiskunnan rakenteiden muutospaineet ovat saaneet katseet kohdistumaan tarkemmin myös asiakaslähtöisyyteen, ja siitä on tullut yksi sosiaali- ja terveystalouden kehitystyön kulmakivistä. Terminä asiakaslähtöisyys on monimerkityksinen, selvää on kuitenkin se, että määrittelyssä keskeisimpänä nähdään asiakkaan aktiivinen rooli kaikissa toiminnan vaiheissa. Asiakaslähtöisyydellä pyritään erityisesti korostamaan asiakkaasta lähtevää tavoitteiden asettelua ja toimintojen suunnittelua. Asiakaslähtöisyyden vahvistamisen tukena ja pohjana on myös lainsäädännöllisiä keinoja, joilla on pyritty varmistamaan asiakkaan asemaa ja valinnanvapautta. Asiakkaan mielipiteet ja toiveet on huomioitava ja hoito-, palvelu- tai kuntoutussuunnitelmaa tulee työstää yhteistyössä asiakkaan kanssa. (Leväsluoto & Kivisaari, 2012: 7–8; Järvikoski, 2013: 22, 41.)

Järvikoski (2013) on avannut Sosiaali- ja terveysministeriön raportissa kuntoutuksen käsitteitä ja käsitellyt asiakaslähtöisyyden ja asiakaskeskeisyyden sekä kuntoutujakeskeisyyden termejä. Asiakaskeskeisyys termi on edellä mainituista vanhin, ja sen määrittelyssä nousee esille useita rinnakkaismerkityksiä. Asiakaskeskeisyydessä oleellista on se, että asiakas nähdään aktiivisena toimijana, jonka yksilölliset taustat huomioidaan. Käsitteellä on kuitenkin esimerkiksi seuraavia rinnakkaisia merkityksiä: 1) asiakkaan yksilöllisten ja holististen ominaisuuksien havaitseminen ja huomioiminen, 2) asiakkaan tilannetta tulkitaan hänen omassa toimintaympäristössään, ei erillään arkielämästä tai sosiaalisesta ja fyysisestä ympäristöstä, 3) asiakas ymmärretään oman elämänsä asiantuntijana sekä 4) asiakas ja hänen voimavaransa nähdään toimintakyvyn rajoitteidenkin takaa. Suomenkielisenä terminä asiakaskeskeisyyden yleisimmässä määritelmässä asiakkaan asiantuntijuus ja asiakkaan näkeminen aktiivisena toimijana niin suunnittelu kuin toteutusvaiheissa on keskeistä. Asiakaslähtöisyys termi kuvaa vielä asiakaskeskeisyyttäkin konkreettisemmin asiakkaan omista toiveista ja tavoitteista lähtevää toimintaa. Asiakaslähtöisyys termi onkin syrjäyttänyt asiakaskeskeisyys termin sosiaali- ja terveydenhuollossa. (Järvikoski, 2013: 41.)

Asiakaslähtöisyyden juuret hoitotyössä ulottuvat kauas historiaan ja Morganin ja Yoden (2012) aineistossa selkein ensimmäinen määrittely löytyi Picker-Commonwealth -ohjelmasta (1987), jossa pyrittiin osoittamaan, että asiakaslähtöinen toimintatapa pa-

rantaa hoidon laatua ja tuloksia ja että asiakaslähtöisyys ei ole vain asiakkaan ja asiantuntijan välistä, vaan vaatii koko organisaation aktiivisuutta. Asiakaslähtöisyyden sisällöksi oli tuossa ohjelmassa määritelty seitsemän eri näkökulmaa: 1) asiakkaan mielipiteen, tarpeiden ja arvojen hyväksyminen, 2) hoidon suunnitelmallisuus ja koordinointi, 3) tiedonkulku, koulutus ja kommunikointi, 4) fyysinen hyvä olo, 5) tunteiden huomioiminen ja pelkojen vähentyminen, 6) ystävien ja perheen mukana olo sekä 7) muutos ja jatkuvuuden varmistaminen. (Morgan & Yoden, 2012: 7–8.)

Morganin ja Yodenin (2012: 6–8) mukaan mikään määritelmä yksin ei kuitenkaan kuvaa tarpeeksi kattavasti asiakaslähtöisyyden moniulotteisuutta, mutta määritelmiä yhdistämällä moniulotteisuudesta saa käsityksen. Heidän mukaansa asiakaslähtöisyys on holistinen (psykkinen, fyysinen ja sosiaalinen) hoidon lähestymistapa, jossa hoito on kunnioittavaa, yksilöllistä, sallii keskustelun hoidon sisällöstä ja tarjoaa vastavuoroisen keskustelumahdollisuuden sekä valtaistaa päätöksentekoon kaikissa toiminnan vaiheissa.

Gerontologisen kuntoutuksen näkökulmasta Pikkarainen (2013: 36–37) puolestaan kuvaa asiakaslähtöisyyttä dynaamiseksi, muuttuvaksi ilmiöksi, joka on riippuvainen paikasta ja ajasta. Yksi kuntoutustilanne voi sisältää useita asiakaslähtöisyyttä tukevia tai sen kumoavia tekijöitä. Prosessin vaiheiden edetessä aito asiakaslähtöisyys voi toteutua, mikäli ikääntyneelle annetaan tarpeeksi tilaa, eikä asiantuntijan hallinta syö tilaa kuntoutujan omalta toiminnalta. Pikkarainen kuvaakin asiakaslähtöisyyttä paritanssiksi, jossa asiantuntijan tulee asettaa askeleensa asiakkaan tanssimen rytmiin. Pikkaraisen näkökulma on vahvasti gerontologisessa kuntoutuksessa ja siitä näkökulmasta hän nostaa asiakaslähtöisyyden erityspiirteinä esille käsityksen ikäihmisestä ainutlaatuisena ja arvokkaana yksilönä, jonka elämänvaiheet ja elämänhistoria on otettava huomioon.

Gerontologisen hoitotyön arvoissa ja eettisissä periaatteissa korostuvat huolenpito, turvallisuus ja ihmisarvo. Hoitotyössä on keskeistä mahdollistaa ikäihmisten osallisuus ja tunnistaa yksilölliset erot sekä tunnustaa asiakas oman elämänsä asiantuntijana. Asiakkaan tulee olla keskiössä ja tarvittavat hoitotyön elementit järjestetään asiakkaan tarpeista lähtien. Toiminnassa korostuu vastavuoroisuus ja yhdenvertaisuus. Hoitaja tukee asiakasta kohti tämän voimavarojen mahdollistamaa itsenäisyyttä. Myös voimavarakeskeisyys nousee esille, ja sen ajatellaan korostavan mahdollisuuksia ja itsensä toteuttamista, keskittymistä ratkaisuihin ongelmien sijaan sekä oman pätevyyden ja osaamisen huomioimista. (Sarvimäki, 2009: 27–39, Hyttinen, 2009: 42, 45–46.)

Sjögren (2013) kuvaa asiakaslähtöisen hoidon sisältöä muutoksena asiantuntijakeskeisyydestä kohti asiakkaan vastuuta ja yhteistyötä asiakkaan ja asiantuntijan välillä. Määrittelyn pohjana hän käyttää Carl Rogersin (1978) teoriaa, jossa keskeistä on yksilöllisten kokemusten ymmärtäminen. Asiakaslähtöisyyden käsite perustuu ajatukseen, että jokainen ihminen on uniikki, arvokas, pätevä ja tasavertainen. Hyvän suhteen luomisen asiakkaaseen pitäisi olla yhtä tärkeää kuin mikä tahansa muu työtehtävä. Aidossa vuoropuhelussa hyväksytään toisen täysin erilaisetkin mielipiteet ja pyritään ymmärtämään sen hetkiset tunteet, ajatukset ja havainnot. Asiakaslähtöisessä hoidossa vastuu asiakkaan hyvinvoinnista kannetaan kunnioittaen yksilön arvokkuutta ja hoidon lähtökohtana ovat asiakkaan subjektiiviset kokemukset. Asiakkaan kokemus tulla kohdelluksi ajattelevana, tuntevana, toimivana yksilönä on perustana asiakaslähtöiselle toiminnalle ja hoitaja voi toiminnallaan tukea näiden kokemusten syntymistä ja siten itsevarmuuden vahvistumista. Asiakaslähtöiseen hoitoon liittyvissä tutkimuksissa vuorovaikutus on usein keskeisimpiä tutkimuksen teemoja. Asiakaslähtöisyyden toteutuminen vaatii asiantuntijalta kiinnostusta asiakkaan henkilökohtaisiin kokemuksiin ensivaikutelman, sairauden ja heikentyneen toimintakyvyn takana. (Sjögren, 2013: 18–20; Clarke ym. 2003: 697.)

Leplege ym. (2007) ryhmittelevät asiakaslähtöisyyden sisällön kuntoutuksessa neljään eri ryhmään, joista ensimmäinen on yksilöllisyys ja holistisuus. Niin kuntoutuksessa kuin hoitotyössäkin on tärkeää tunnistaa ja tunnustaa asiakkaiden yksilölliset tavat ja tottumukset. Asiakkaat voivat kokea saman diagnoosin tai samat oireet täysin eri tavoin, joten tuen tarpeetkin ovat luonnollisesti erilaiset ja yksilölliset. Asiakaslähtöisyys tarkoittaa myös asiakkaan osallisuutta ja valtaistumista, jolloin asiakas nähdään oman tilanteensa asiantuntijana. Uutena näkökulmana hoitotyön viitekehyksestä poiketen kuntoutuksen asiakaslähtöisyydessä korostuu asiakkaan arki ja sen hallinta. Asiakaslähtöisessä kuntoutuksessa tunnistetaan asiakkaan arjen aktiivisen toiminnan haasteita ja pyritään vaikuttamaan niihin joko asiakkaan omaa toimintaa harjoittamalla tai ympäristöä muokkaamalla. Myös muissa yhteyksissä mainittu kunnioitus on yksi keskeinen kuntoutuksen teema, mutta tässä yhteydessä se eroaa aikaisemmin määritellystä siten, että kunnioitetaan ihmistä vamman tai sairauden takana ja kohdataan tasa-arvoisesti. Asiakkaan kuntoutuksen tavoitteet voivat olla kunnianhimoisia suhteessa asiantuntijoiden määrittämiin tavoitteisiin. Kuntoutuksessa asiakaslähtöisyyden toteutumiseksi asiantuntijoiden asenteiden tulisi olla positiivisempia, vajeista mahdollisuuksiin ja rajoitteista osallistumiseen pyrkiviä. (Leplege ym. 2007: 1555–1559; McPerson & Siegert 2007: 1551.)

Asiakaslähtöisyyden on osoitettu olevan tehokas lähestymistapa hoitotyössä niin asiakkaiden kuin asiantuntijoidenkin näkökulmista. Asiakkaan identiteetti ja tarpeet antavat pohjan hoidolle, eivät niinkään biomedikaaliset tarpeet. Asiakaslähtöinen työtapa korostaa yhteistyön ja luottamuksen merkitystä sekä tiedon ja informaation jakamista. Se vaatii henkilökunnalta kokonaisvaltaista näkemystä, eikä vain medikaalisten faktojen toteamista. Sairauskeskeisestä lähestymistavasta pitäisi laajasti päästä kohti holistisempaa, asiakkaan yksilöllisyyden paremmin huomioivaa toimintaa. (Peek ym. 2007, 167–168; Gzil ym. 2007: 1616–1617, 1623.)

Tietyt piirteet asiakaslähtöisyyden määrittelyssä toistuvat usein olipa sitten kyse hoitotyön tai kuntoutuksen aineistosta. Toistuvia piirteitä ovat 1) holistisuus, jolla tarkoitetaan tarpeiden huomioimista kokonaisuutena (fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset ja biologiset tarpeet), 2) yksilöllisyys, joka ei voi toteutua tuntematta asiakkaan elämänhistoriaa, tapoja, tottumuksia tai uskomuksia, 3) kunnioitus, jolloin asiakas voi itse olla päättämässä omista asioistaan, sekä 4) valtaistuminen, joka vahvistaa itseluottamusta ja rohkaisee. (Morgan & Yoden, 2012: 8–9.)

3.2 Asiakaslähtöisyyteen liittyvät hoitotyön peruseriaatteet

Hyvän hoidon kirjassa (2000) on koottu yhteen hoitotyön periaatteita, jotka liittyvät läheisesti asiakaslähtöisyyteen, vaikka varsinaisesti asiakaslähtöisyys sanaa ei tässä yhteydessä kirjassa mainitakaan. Hoitotyön yhtenä pääperiaatteena pidetään asiakkaan riippumattomuutta, tavoitteena tulee olla se, että tekee hoitajan itsensä tarpeettomaksi ja tukea asiakkaan oman elämän hallintaa. Itsenäinen ja toisista riippumaton asiakas on aktiivisesti osallisena omassa hoidossaan ja vaikka osallistuminen olisi pientäkin, se voi merkitä asiakkaalle tärkeitä askelia kohti riippumattomuutta. Riippumattomuutta ja itsenäistä päätöksentekoa tukemaan tarvitaan asiantuntijan antamaa tietoa hoidosta ja hoitovaihtoehtoista. (Laitinen & Karhe, 2000: 26–29.)

Myös yksilöllisyys nostetaan yhdeksi hoitotyön peruseriaatteista. Yksilöllisyyden toteutuessa asiakkaalle tulee tunne, että häntä ja hänen toiveitaan ja tilannettaan tarkastellaan ainutlaatuisena kokonaisuutena, ja hän kokee arvostusta, tulee kuulluksi ja ymmärretyksi sellaisena kuin on. Yksilöllisyyden ja asiakkaiden elämäntapahtuminen ja kokemusten

huomioinnilla asiakkaista ei tule tapauksia tai diagnooseja toistensa joukossa, vaan jokainen elämäntarina on erilainen. Näin ollen samassa tilanteessa olevat asiakkaat voivat kokea tilanteensa täysin erilaisina. On tärkeää muistaa, että meillä kaikilla on omat taustamme, arvomme ja näkökulmamme tarkastella maailmaa. Yksilöllisessä hoitotyössä jokaisen ihmisarvoa kunnioitetaan niin, että lähtökohtana ovat aina asiakkaan arvot ja merkityksekkäät tekijät. (Laitinen & Karhe, 2000: 32–33.)

Normaaliuden periaatteella tarkoitetaan ihmisen mahdollisuutta olla oma itsensä. Normaaliuden ei siis tarvitse olla sama kuin se mitä yleisesti käsitämme normaaliksi, vaan asiakkaan omaa normaalia toimintaa. Hoitotyössä niin osastolla kuin kotihoidossakin on tärkeää pyrkiä muokkaamaan olosuhteita sellaisiksi, että asiakkaan normaali toiminta mahdollistuu hoidosta ja hoitotyön toiminnoista huolimatta. Turvallisuuden tunne mainitaan jo Maslowin tarvehierarkiassa (1968) perustarpeena, jonka toteutumisen jälkeen muut perustarpeet voivat toteutua. Turvallisuuden tunne rakentuu tietoisuuteen ajasta, paikasta ja tapahtumien kulusta ja toisella ihmisellä on suuri merkitys turvallisuuden tunteen luomisessa. (Laitinen & Karhe, 2000: 37–38, 41–43.)

Hoitotyössä tavoitteena on yleisesti asiakkaan hyvä. Tarvitaan herkkyyttä tunnistaa, mikä tuottaa kenellekin asiakkaalle hyvää oloa. Aina kysymysten esittäminen asiakkaalle ei ole mahdollista ja kiinnostus ja välittäminen ovat pohja, jonka kautta asiakkaalle hyvää oloa tuottavia tekijöitä on mahdollista löytää. Usein hyvän olon kokemiseen liittyy toisen ihmisen läheisyys tai onnistumisen kokemukset. Hyvän olon ja ilon kokemiseen voidaan vaikuttaa ohjaamalla asiakasta näkemään onnistumisiaan, kehumalla ja antamalla positiivista palautetta. Huumoria ei sovi unohtaa, sillä se luo lämmintä ja välitöntä ilmapiiriä, nauru voi lisätä yhteenkuuluvuuden tunnetta, läheisyyttä, lämpöä ja ystävällisyyttä. (Liukkonen & Karhe, 2000: 45–47.)

Jatkuvuuden merkitys hoitotyön periaatteena on vahva ja sidoksissa erityisesti tiedottamiseen ja tiedon kulkuun, ja sen toteutumisen pohjalla on aiemmin mainitut hoitotyön periaatteet. Jatkuvuuden mahdollistumiseksi on oleellista, että asiakas on oman elämänsä asiantuntija ja osallinen ja tietoinen hoidon sisällöstä ja suunnitelmista. Kirjallinen raportointi on sekä suunnittelun että hoidon jatkuvuuden kannalta oleellista. Kirjattu tieto säilyy muuttumattomana seuraaville lukijoille ja on tarkistettavissa ja saatavissa myöhempiä tarpeita varten, myös hoitotyön arviointi mahdollistuu kirjatun tiedon kautta. Kun kirjaa-

minen on luotettavaa ja systemaattista, vähenee tarve suulliseen raportointiin. Jatkuvuuden kannalta luottamuksellinen suhde omahoitajaan on tärkeä. Tällöin asiakas tietää kuka hänen asioitaan hoitaa ja tutuus vuorovaikutuksessa lisää turvallisuuden tunnetta ja vähentää samoin toistuvia kysymyksiä ja päällekkäisyyksiä. (Laitinen & Karhe, 2000: 52–54.)

Leväsluodon ja Kivisaaren (2012) sosiaali- ja terveysalan asiantuntijoiden haastatteluissa asiakaslähtöisyys nähtiin tärkeänä, mutta vaikeasti määriteltävänä terminä. Haasteena asiakaslähtöisyyden toteutumiselle nousi esille pelko resurssien riittämättömyydestä, uudesta roolijaosta ja asiakkaiden mahdollisista työnkuormitusta lisäävistä vaatimuksista. Asiakaslähtöisyys miellettiin asiakkaan vallan lisääntymisenä, jolloin ammattilaisen aseman puolestaan ajateltiin heikkenevän. Useimmiten kuvatut asiakaslähtöisyyden esteet johtuivat ammattilaisten peloista ja asenteista ja toiminnan keskiössä nähtiin usein ammattilainen, ei asiakas. Asiakaslähtöisyyden kehittämisessä asennemuutos nähdään yhtenä tärkeänä osa-alueena. (Leväsluoto & Kivisaari, 2012: 23–24, 27–30.)

Yleinen toimintakulttuuri on keskeinen asiakaslähtöisyyden toteutumista määrittävä tekijä. Toimintatavat vaikuttavat henkilökunnan toimintaan ja vuorovaikutukseen ja siten niillä on vaikutus asiakkaan hoitoon. Toimintakulttuurin tärkeimpiä arvoja tulisi siis olla kunnioitus, valtaistuminen ja asiakkaan valintojen arvostaminen. Organisaation tulee tukea asiakaslähtöisyyttä, jotta ristiriidalta asiantuntijan toiminnan ja organisaation tavoitteiden suhteen vältytään ja toiminta voi toteutua asiakaslähtöisesti. Myös voimaantunut ja vastuuta ottanut asiakas tai kuntoutuja on organisaatiolle ja yhteisölle tärkeä, sillä hän tuo monipuolista kokemustietoa asiakaslähtöisyyden kehittämiseksi. On tärkeää että, asiakkaiden palaute huomioidaan toimintaa kehittäessä. (Morgan & Yoden, 2012: 8–9; Pikkarainen, 2013: 41–42.)

Asiakkaan ja ammattilaisen kohtaamisessa on kyse vuorovaikutuksesta ja vallasta. Vallan välineinä ovat tieto, asiantuntemus, osaaminen ja kokemustieto. Onnistuneimpien kuntoutuskokemuksien on todettu liittyvän onnistuneisiin kohtaamisen ja hyväksymisen kokemuksiin, nähdyksi ja kuulluksi tulemisen kokemiseen ja menetelmien omaksumiseen omaan tahtiin. Pikkarainen (2013: 36–37) korostaa asiakaslähtöisyyden olevan yleinen toimintaperiaate, joka suhteutuu aina yksilölliseen kuntoutustilanteeseen, eikä näin ollen voi olla vakio tai tietty standardi. Työntekijän asiakaslähtöisyyden tasoja ovat Pikkaraisen

(2013: 41–45) mukaan vuorovaikutuksellinen osaaminen ja ammatillinen osaaminen. Yhdessä kuntoutustilanteessa näyttäytyvät molemmat työntekijän asiakaslähtöisyyden tasot, jotka voivat olla myös ristiriidassa. Esimerkiksi niin, että työntekijä kannustaa asiakasta omien mielipiteidensä esille tuomiseen, mutta todellisessa toiminnassa mielipide jää huomioimatta.

Pikkarainen (2013) nostaa gerontologisessa kuntoutuksessa asiakaslähtöisyyden vahvasti yhteiskunnalliseksi ilmiöksi, johon kuuluu erityisesti ikääntyneen ihmisen tasavertaiset juridiset oikeudet palveluiden käyttäjänä. Ikääntyneen ihmisen palveluiden kuuluu olla henkilökohtaisesti suunniteltuja ja monipuolisia, lisäksi niiden tulee olla korkealaatuisia, vaikuttavia ja kilpailukykyisiä. Asuinpaikka, toimintakyky, sairaus, ikä tai muu elämäntilanne eivät saa vaikuttaa kuntoutuksen saatavuuteen. (Pikkarainen, 2013: 36.)

3.3. Asiakaslähtöisyyden malleja

Pikkarainen (2013) on soveltanut Virtasen ym. (2011) mallia asiakaslähtöisyyden vaiheista kuntoutuksessa. Prosessin vaiheet ovat: 1) asiakaskeskeisyys, 2) asiakaslähtöisyys, 3) voimaantuminen ja 4) yhdenvertaisuus, kumppanuus, luottamus. Vaiheet toteutuvat yksilöllisesti ja ammattilaisen on tärkeää tiedostaa ja arvioida, missä vaiheessa kuntoutuja on menossa ja milloin ja millaista tukea tarvitaan (myötäilyä, vahvistusta, kannustusta, rajaamista vai lohdutusta). Asiakaslähtöisyyden toteutumisen haasteena voi olla esimerkiksi se, että työntekijä on kumppanuusvaiheessa (vaihe 4), kun ikääntynyt puolestaan odottaa työntekijältä selkeitä ohjeita ja asiantuntijuutta (vaihe 1). Ikääntyneiden kuntoutuksessa on muita kuntoutusryhmiä tärkeämpää aistia ja analysoida kuntoutuksen vaiheita ja suhteuttaa omat auttamistavat siihen. (Pikkarainen, 2013: 40–41.)

Peek ym. (2007) pilotoivat asiakaslähtöisyyttä korostavaa lähestymistapaa ja iäkkäiden ihmisten asiakaslähtöisyyden mallia kahdella australialaisella hoivaosastolla. Lopputuloksena pilotoinnin jälkeen todettiin hoitotyön yleisenä haasteena tänä päivänä olevan se, miten vastata asiakkaiden tarpeisiin asiakaslähtöisesti nykyresurssien niukkuudesta ja ympäristön rajoitteista huolimatta. Vanhojen toimintatapojen todettiin istuvan tiukassa ja niiden muuttuminen moniammatilliseen suuntaan olisi yksi ratkaisu myös asiakaslähtöisyyden lisäämiseksi. Ammattilaisten asenteen muuttuminen nähtiin keskeisenä muutostarpeena. (Peek ym. 2007: 172–174.)

Jokaisella on potentiaalia muuttaa ja vaikuttaa omaan elämäänsä, ja hoidossa tulisikin keskittyä vahvistamaan jokaisen henkilön omia resursseja käsitellä ja hallita tilannettaan. Sjögren (2013) esittelee Dawn Brookerin kehittämän asiakaslähtöisyyden mallin dementia osastolle (VIPS). Siinä kaikkia hoidossa olevia tulee arvostaa ja kunnioittaa (valuing people), hoidon pitää olla yksilöllistä (individualise care), yksilön omat näkemykset itsestään ja ympäristöstä tulee huomioida hoidossa (personal perspectives) ja sosiaalisen ympäristön tulisi olla positiivinen ja tukea kohtaamisia ja keskustelua (social environment). Asiakaslähtöisessä hoidossa olosuhteet (fyysinen ja sosiaalinen toimintaympäristö), vuorovaikutustilanteet ja vapaa-ajan aktiviteetit tukevat kaikkien asiakkaiden toimintakykyä ja koko organisaatio työskentelee asiakaslähtöisyyden toteutumiseksi. (Sjögren, 2013: 21–22.)

Pikkarainen (2013) on laatinut eri lähteitä soveltaen asiakaslähtöisyyden osatekijöiden mallin ikääntyneen asiakkaan ja asiantuntijan välille, jossa eri vaiheet seuraavat toisiaan. Tässä mallissa vaiheet ovat: 1) Autonomisuuden ja ainutlaatuisuuden hyväksyminen, 2) valintojen mahdollistaminen, 3) osallistumisen tukeminen, 4) kunnioittaminen ja arvostaminen, 5) luottamuksen rakentaminen, 6) kumppanuus ja 7) valta asiakkaalla (empowerment). (Pikkarainen, 2013: 47.)

3.4 Asiakaslähtöisyys käytännössä

Sjögren (2013) on koonnut yhteen tutkimuksia, joissa nostetaan esille tekijöitä, jotka ovat yhteydessä asiakaslähtöisyyteen erityisesti ikäihmisten kohderyhmässä ja kognition heikentyessä. On raportoitu, ettei työntekijän omilla kokemuksilla tai koulutuksella ollut merkitystä asiakaslähtöisen hoidon toteutumisessa. Joissakin tutkimuksissa on verrattu hoitajan asennetta dementia-asiakkaisiin suhteessa hoitoon. Osoittautui, että asiakaslähtöisyys toteutui paremmin, kun työskenneltiin yhteisymmärryksessä, ärsyttävien asiakkaiden kohdalla asiakaslähtöisyys toteutui heikommin. Asiakaslähtöisen hoidon vaikutusta asiakkaiden hyvinvointiin on myös arvioitu ja osoitettu, että asiakaslähtöisen hoidon toteutuessa elämänlaatu koettiin paremmaksi ja asiakkaat olivat tyytyväisempiä. Kun henkilökunnan asenne oli asiakaslähtöinen, myös asiakkaat olivat tyytyväisempiä niin yleisesti kuin saamaansa hoitoon. (Sjögren, 2013: 22–23.)

Hyvinvoinnin on todettu lisääntyneen ja agitaation vähentyneen yksilöllisten, tarkoituksellisten aktiviteettien ja psykososiaalisesti rikkaamman vuorovaikutuksen avulla (Bone ym. 2010). Lisäksi osallistuminen päivittäisiin toimintoihin lisääntyi ja masennusoireilu väheni yksilöllisyyttä huomioimalla ja toimintaa lisäämällä (Brooker ym, 2007). On myös vastakkaisia tutkimustuloksia, joissa dementiayksiköissä ei erityisempiä muutoksia ole noussut esille ja mainittakoon, että Zimmermanin ym. (2010) tutkimuksessa hoitajat kokivat asiakaslähtöisyyttä korostavan intervention aikana stressin lisääntyneen voimakkaasti. Yhteisymmärrys vallitsee kuitenkin siinä, että erilaisilla yksilöllisillä toimintatavoilla on positiivinen vaikutus dementiaa sairastavan elämänlaatuun. (Sjögren, 2013 25–27.)

Morgan ja Yoden (2012) etsivät kirjallisuuskatsauksessa asiakaslähtöisyyden vaikutuksia ja löysivät tutkimustietoa hoidon laadukkuuden paranemisesta, erityisesti silloin kun hoito ei ole vain rutiinitoimintojen suorittamista, vaan vuorovaikutus asiantuntijan ja asiakkaan välillä on yksilöllistä. Myös tyytyväisyys hoitoon lisääntyi räätälöityjen toimintojen ja yksilöllisten tarpeiden huomioisen myötä. Tärkein hoidon tyytyväisyyttä lisäävä tekijä oli toimiva vuorovaikutus hoitajan kanssa. Kokemus omasta toimintakyvystä on aina yksilöllinen. Toiselle asiakkaalle voi riittää arkitoiminnoissa selviytymiseen heikompikin toimintakyky, kun toinen taas tarvitsee arjessaan enemmän elementtejä. Hoidon lopputulosten on osoitettu olevan parempia kun asiakaslähtöisyys on huomioitu. (Morgan & Yoden, 2012: 11–12.)

Asiakaslähtöisen toiminnan on siis osoitettu olevan kannatettavaa, mutta mitä asiakaslähtöisemmän toimintatavan omaksuminen vaatii? Clarken ym. (2003) mukaan tarvitaan asiakkaan tuntemista yksilöllisemmin ja heidän tutkimuksessaan selvitettiin elämänkerrallisen lähestymistavan vaikutuksia hoitotyössä ikäihmisten palvelukodissa. Tulokset osoittivat työntekijöiden pitäneen toimintatapaa mielekkäänä ja auttaneen näkemään asiakkaat yksilöinä. Myös vuorovaikutus omaisten kanssa koettiin helpompana, kun asiakkaan historiaa tunnettiin paremmin. Elämänkerrallinen toimintapa antaa ikäihmiselle itselleen mahdollisuuden kertoa elämäkokemuksistaan, jotka usein luovat pohjaa myös nykyhetken tarpeille ja toiveille. Elämäntarinan kuunteleminen on sen kertojalle vahva viesti siitä, että hänestä ollaan kiinnostuneita henkilökohtaisella, yksilöllisellä tasolla. Elämäntarinat huomioivan työtavan on todettu olevan kustannustehokas tapa parantaa hoitotyön asiakaslähtöisyyttä. Lisäksi elämänkerrallisen lähestymisen on todettu lisäävän hoitajan ar-

vostusta, ymmärrystä ja hyväksyntää asiakasta kohtaan. On myös todettu, että lähestymistavalla voi olla positiivinen vaikutus henkilökunnan asenteisiin. (Pietrukowicz & Johnson 1991; Clarke ym. 2003: 697.)

Rosenwilliam ym. (2011) etsivät kirjallisuuskatsauksessa tutkimustietoa asiakaslähtöisestä tavoitteiden asettelusta aivohalvauskuntoutujilla. He toteavat, että asiakkaan osallistuminen, tiedonjakaminen ja integroituminen hoitoon ja kuntoutukseen paransivat lopputuloksia. Tavoitteiden asettaminen yhdessä lisäsi yhteistyötä, asiakkaan sitoutumista ja vastuunottamista tavoitteisiin pääsemisessä. Mielenkiintoinen ero tavoitteiden asettelussa asiantuntijoiden ja kuntoutujien välillä oli se, että asiantuntijoiden tavoitteiden asettelu lähti asiakkaan toimintakyvystä ennen halvausta ja painottui arjen toimintakykyyn, kun asiakkaat itse ajattelivat nykytilannettaan ja tavoitteet painottuivat osallistumiseen ja uuteen elämäntilanteeseen tottumiseen ja sopeutumiseen. (Rosenwilliam ym. 2011: 205, 502–505.)

Suuri osa ikäihmisistä on kokenut elämänkerrallisen lähestymistavan mielekkääksi ja halunnut, että historia huomioidaan ja sitä arvostetaan heidän hoidossaan (Nolan ym. 2004). Ruotsalaistutkimuksen (Hansebo & Kihlgren 2000) mukaan hoitohenkilökunta näki asiakkaan yksilöllisemmin elämänkerrallisen lähestymistavan avulla. On kuitenkin kiinnitettävä huomiota myös siihen, onko asiakas halukas kertomaan elämäntarinaansa ja onko luottamus asiantuntijan ja asiakkaan välillä tarpeeksi vahva. Tarinankerronta itsessään sekä luottamuksellisen yhteyden rakentaminen kertojan ja kuuntelijan välille on aikaa vievä prosessi, joka on huomioitava organisaationkin tasolla. (Clarke ym. 2003: 699–704.)

Clarcken ym. (2003: 703–704) mukaan useat tutkijat (mm. Heliker 1999, Davies & Nolan 2002) puhuvat elämäntarinan huomioimisen tärkeydestä muun muassa välittävän ilmapiirin luomiseksi. On suositeltu, että asiakkaiden tuntemisen tulisi olla yksi gerontologisen hoitotyön peruslähtökohtia, jonka avulla yhteistyötä niin asiakkaan kuin hänen verkostonsakin kanssa voidaan vahvistaa ja syventää. Työntekijät itse kokivat elämäntarinallisen työtavan mielekkääksi ja keskustelun asiakkaiden ja omaisten kanssa lisänneen asiakkaan arvostamista. Nolan ym. (2004) ovat todenneet, että laadukkaaseen hoitotyöhän päästään vain, mikäli hoitaja kokee työnsä mielekkääksi ja arvokkaaksi. Nolan ym. (2004) mukaan on tärkeää löytää hoitotyön jatkuvan kiireiseen ilmapiiriin työtapoja ja toimintamalleja, jotka tukevat työn mielekkyyttä ja siten motivoivat työntekijöitä.

Asiantuntijan ja asiakkaan kohtaamistilanteet perustuvat vuorovaikutukseen, kohtaamiseen ja inhimillisyyteen. Myös asiakaslähtöisyyden toteutuminen on inhimillistä. Ennakoinnista ja suunnittelusta huolimatta kohtaamiset sisältävät aina yllätyksen mahdollisuuden, kun työntekijä yllättäen vaihtuu, tilat ovatkin epäsojivat tai aikataulut eivät sovi yhteen. Työntekijän mukana kohtaamisessa voi kulkea myös edellisen asiakastilanteen erityispiirteet tai huolet. Nämä kuvaavat niin kuntoutuksen kuin hoitotyönkin dynaamisuutta, työntekijän on aina oltava valmis muutokseen. Ikääntyneen näkökulmasta kiireetön ilmapiiri ja omaan tahtiin eteneminen luovat mahdollisuudet onnistumiselle. (Pikkainen, 2013: 50.)

3.5 Asiakaslähtöisyys laadun arvioinnin keinona

Asiakkaiden subjektiiviset kokemukset ovat nousseet oleelliseksi laadun arvioinnin mittariksi. Hyvä hoito ja kuntoutus tarkoittavat asiakkaille usein toimintojen saumatonta yhteistyötä ja jatkuvuutta. Hoidon ja kuntoutuksen suunnitteluun ja päätöksentekoon osallistuminen, tasavertainen vuorovaikutus sekä riittävä tiedon saaminen sairaudesta ja hoito- ja kuntoutusmahdollisuuksista ovat avainasioita onnistuneessa prosessissa. Palvelurakenteiden muuttuessa asiakkaiden kohtaaminen ja kokemukset ovat entistäkin tärkeämmässä roolissa palveluntarjoajan näkökulmasta. Toisaalta myös asiakkaat ovat aiempaa tietoisempia valinnan mahdollisuuksistaan palveluiden suhteen, joten asiakkaan tavoitteiden ja toiveiden kuuleminen on tärkeää. Parhaimmillaan kuntoutujan ja ammattilaisen kumppanuussuhteesta muodostuu tasavertainen ja neuvotteleva, jossa molempien asiantuntemukselle on tilaa ja tilausta. (Jeglinsky ym. 2013: 38; Karhula & Salminen, 2014: 4-5; Paltamaa ym. 2011: 35–36; STM 2013: 35.)

Hyvään hoito- ja kuntoutuskäytäntöön kuuluu myös se, että asiakas voi vaikuttaa palveluiden kehittämiseen. Laadun arviointia tehdään perinteisesti rakenteiden, prosessien ja vaikuttavuuden näkökulmista, mutta asiakaspalautetta keräämällä on mahdollisuus saada subjektiivista palautetta toiminnasta. Kelan kyselylomaketta kehittäneiden Karhulan & Salmisen (2014: 4–6) mukaan henkilökohtainen kyselylomake on hyvä keino arvioida asiakaslähtöisyyttä.

Kotihoidon laatua voidaan arvioida useilla eri tasoilla aina työntekijän ja asiakkaan vuorovaikutuksesta yhteisön ja yhteiskunnan tasolle, jolloin arvioidaan palveluiden saatavuutta, kohdentumista ja siten yhteiskunnan tarpeiden ja odotusten täyttymistä. Laadun arvioimiseen ei riitä yhden näkökulman kuuleminen, vaan tietoa tulee kerätä laajemmin. Kotihoidossa huomioitavia erityispiirteitä ovat esimerkiksi eri osapuolten vaihtelevat odotukset palvelun sisällöstä, heterogeeniset asiakasryhmät, joiden tarpeet ja toimintaympäristöt eroavat toisistaan, sekä jo aiemmin mainitut vuorovaikutukselliset tekijät asiakkaan ja työntekijän välillä. Kotihoidon laadun arviointiin oman lisänsä tuo se, että se on julkista palvelua, joka on ohjattu vahvasti erilaisten lakien, asetusten ja suositusten kautta. (Voutilainen, 2007: 13–15.)

Ikäihmisen käsitys palvelun laadusta muodostuu olemassa olevista odotuksista suhteessa toteutuneeseen palveluun. Kotihoidon toiminnan onnistumista voidaankin siis arvioida asiakkaan tyytyväisyytenä sekä palvelun vaikutuksina elämänlaatuun. Asiakaspalautteen vastaanottaminen ja sen dokumentointi on toiminnan kehittämisen kannalta tärkeää. Kotihoidon palveluita olisikin tärkeää kehittää yhdessä asiakkaiden ja heidän omaistensa kanssa, ja nähdä heidät konsultteina kehittämistyössä. Järjestelmällisesti toistuvaa asiakaskyselyä voidaan pitää hyvänä laadun arvioinnin välineenä. Ikäihmisten käsityksiä kotihoidon laadusta on selvitetty useissa tutkimuksissa ja ikäihmisten itsensä esiin nostamia laatuominaisuuksia ovat: oikea-aikaiset ja tarpeenmukaiset palvelut, asiakkaan ja työntekijän hyvä vuorovaikutus, työntekijöiden hyvä ammattitaito, työntekijöiden pysyvyys ja yhtenäinen käsitys työn sisällöstä, palveluiden toimivuus (esimerkiksi aikataulujen pitävyys) ja turvallisuuden tunne (avun ja yhteyden saaminen). (Heinola, 2007: 30–31.)

Voutilainen (2007: 16) on soveltanut Ovetveitin (1998) laadun arvioinnin mallia kotihoitoon. Mallissa arvioidaan laatua asiakkaan, ammatillisen toiminnan ja johtamisen näkökulmista. Asiakkaan näkökulmasta laadukas palvelu on sellaista, jonka suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa asiakas itse on ollut mukana. Ammatillisen toiminnan laadukkuudesta kertoo ajantasainen hoito- ja palvelusuunnitelma ja terveydentilan ja toimintakyvyn muutosten aktiivinen seuranta. Johtamisen laadusta puolestaan kertoo henkilöstön hyvinvointi sekä yhteistyön toimivuus eri sidosryhmien välillä.

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää Oulun kaupungin kotihoidon asiakkaiden ja työntekijöiden kokemuksia asiakaslähtöisyyden ulottuvuuksien toteutumisesta kotihoi-dossa. Kotihoidon kehittäminen on niin valtakunnallisesti kuin alueellisestikin kehittä-mistoimien keskiössä ja Oulun kaupungissa kehittämistyö on aktiivisesti käynnissä. Tä-män tutkimuksen tarkoituksena on tuottaa lisätietoa asiakaslähtöisyyden ulottuvuuksien toteutumisesta kotihoitotyössä tueksi kehittämistoiminnalle. Tutkimuksessa tuodaan esille asiakkaiden ja työntekijöiden subjektiiviset arviot asiakaslähtöisyyden ulottuvuuk-sien toteutumisesta ja verrataan arvioita toisiinsa.

Tutkimus toteutettiin kvantitatiivisena kyselytutkimuksena, jossa pohjana oli asiakkaille kohdennettu MPOC-20-mittari sekä palveluntuottajille tarkoitettu MPOC-SP-mittari. Kyselylomakkeiden termejä on sovellettu vastaamaan kotihoidossa käytettäviä ilmaisuja ja mukana on muutamia kysymyksiä, jotka kotihoidon asiantuntijoiden kanssa käytyjen keskustelujen pohjalta valikoituivat mukaan.

Tutkimuskysymykset ovat:

- 1) Miten asiakaslähtöisyyden ulottuvuudet toteutuvat kotihoidossa asiakkaiden arvi-oimana?
- 2) Miten asiakaslähtöisyyden ulottuvuudet toteutuvat kotihoidossa työntekijöiden arvioimana?
- 3) Eroavatko kotihoidon asiakkaiden ja työntekijöiden arviot asiakaslähtöisyyden to-teutumisesta?

Tutkimuskysymyksiä tarkastellaan sosiodemografisten- ja muiden valittujen taustamuut-tujien mukaisissa ryhmissä.

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

5.1 Mittarin kuvaus

Alun perin MPOC-mittaristo (Measure of Processes of Care) kehittyi tarpeesta nostaa vanhempien ääni vahvemmin kuuluviin lasten ja nuorten kuntoutuksessa. Mittariston kehittämisen perustana oli ajatus, että palveluntuottajan ja asiakasperheen vanhempien välisellä vuorovaikutuksella on joko positiivinen tai negatiivinen vaikutus perheen hyvinvointiin. Myöhemmin mittari on otettu laajasti käyttöön asiakaslähtöisyyden arvioinnissa myös muilla toiminta-aloilla ja sen eri versioita on kehitetty ja testattu aktiivisesti. (King ym. 2004, 35–38.) Tässä tutkimuksessa lähtökohtana on käytetty alkuperäisestä mittarista tiivistettyä MPOC-20-mittaria asiakkaille ja palveluntuottajille suunnattua MPOC-SP-mittaria työntekijöille.

Ensimmäinen versio mittarista (MPOC-56) koostuu 56:sta tarkkaan valikoidusta kysymyksestä, jotka on jaettu viiteen eri osa-alueeseen. Sen ensisijainen tarkoitus oli kartoittaa vanhempien mielipidettä lasten kuntoutuksen asiakaslähtöisyydestä. Mittarilla on osoitettu olevan hyvä toistettavuus ja sen sisällön on osoitettu olevan johdonmukainen. Mittarin reliabiliteetti on osoitettu hyväksi useissa tutkimuksissa. Validiteetti on osoitettu vertaamalla tuloksia standardoituihin asiakastytyväisyyttä ja vanhempien kokemaa stressiä arvioiviin mittareihin. Mittariston validiteetista ja reliabiliteetista kertoo osittain myös sen laaja käyttö julkaisemisen (1995) jälkeen, jolloin kuvattiin tarkasti myös mittariston kehitystyö sekä psykometriset ominaisuudet. (King ym. 2004, 35–38.)

Kehittämiskohteiksi ensimmäisen version pohjalta nousi kuitenkin käytettävyyden ja vertailukelpoisuuden parantaminen. Vastaamisaika alkuperäisessä versiossa oli noin 20 minuuttia. Testiä ja siten vastausaikaa lyhentämällä käytettävyys laajeni ja mittari oli helpompi ottaa käyttöön, vaikka käytössä olisi jo ollut muitakin mittareita. Lyhyempikin mittari nostaa esille asiakaslähtöisyyden elementtejä, lisäksi se sujuvoittaa ja tehostaa tulosten käyttämistä myös tutkimustyössä. (King ym. 2004, 39.)

Lyhyemmän version kehittämistyön lähtökohtana oli löytää alkuperäisen version jokaisesta osa-alueesta kuvaavimmat kysymykset. Kuvaavimmat kysymykset valikoitiin frekvenssijakaumien, tärkeysluokittelun ja korrelaatioiden perusteella ja lopulta lyhyeen versioon jäi 20 kysymystä. Validiteetin ja reliabiliteetin testaamisessa käytettiin samoja analyysejä kuin alkuperäisenkin mittarin pätevyyttä arvioitaessa. (King ym. 2004, 39–40.)

Osa saaduista testituloksista on yhtäpitäviä alkuperäisen mittarin kanssa, joskin hajontaa oli alkuperäistä versiota enemmän. Reliabiliteettia arvioitiin testi-uusintatesti menetelmällä sekä sisäistä konsistenssia analysoimalla. Sisäisen konsistenssin arvot olivat hyväksyttäviä (0.63–0.92), joskin hieman alkuperäistä testiä matalammat. Myöhemmin uudella aineistolla tehdyssä analysoinnissa Cronbachin alpha vaihteli välillä 0.83–0.90, joka vastaa MPOC-56 tuloksia sekä aiemmalla aineistolla analysoituja MPOC-20 tuloksia. Toistettavuutta arvioitiin interclass correlation coefficients (ICC) arvoilla, jotka MPOC-20-mittarilla olivat tässä testauksessa erittäin hyvät ja kokonaisuudessaan reliabiliteetti todettiin vahvaksi. Hollannissa on tehty käännöstyö MPOC-20-mittarista ja myös sen reliabiliteetti ja valideetti osoittautuivat vahvoiksi. (King ym. 2004, 41–42; Siebes ym. 2007, 63.)

Asiakaslähtöisyyden arvioiminen on haastavaa, sillä teeman ympärillä on paljon huomioitavia osa-alueita. Jeglinsky ym. (2013) ovat kattavan kirjallisuuskatsauksen pohjalta etsineet kuntoutujan näkökulmaa kuvaavia arviointimenetelmiä hyvän kuntoutuskäytännön toteutumisen seurantaan KELA:a varten. Heidän katsauksessaan analysoitavaksi hyväksyttiin rajaamisen kautta 13 arviointimenetelmää ja MPOC-mittari oli tässä katsauksessa mukana. Sisällönanalyysi osoitti, ettei yhdessäkään menetelmässä oltu huomioitu kattavasti kaikkia kuntoutusprosessin onnistumiseen vaikuttavia osatekijöitä. Erityisesti mahdollisuus arvioida ympäristön merkitystä, kuntoutumisen siirtymistä arkeen sekä apuvälineitä puuttuivat kyselylomakkeista kokonaan. Kuntoutuksen vaikutusten hyödyntäminen arjessa jää väistämättä asiakkaan vastuulle, myös tämän näkökulman huomioiminen arvioinnissa olisi tärkeää. Koettujen hyötyjen arvioiminen olisi tärkeää erityisesti Suomen kuntoutusjärjestelmässä, joka perustuu jaksottaiseen kuntoutukseen. Valituissa arviointimenetelmissä kysymykset painoutuivat vuorovaikutukseen, kuulluksi tulemiseen ja tiedon saamiseen. Vaikka Jeglinsky ym. (2013) arvioivat arviointimenetelmiä hyvän kuntoutuskäytännön näkökulmasta, ovat samat havainnot huomionarvoisia myös hoitotyössä. (Jeglinsky ym. 2013, 49–50.)

Jeglinsky (2012: 25) kysyi CP-lasten kuntoutuksen asiakaslähtöisyyttä arvioivassa tutkimuksessaan sekä vanhempien että palveluntuottajien näkökulmaa käyttäen MPOC mittaristoa. Vanhempien kysely toteutettiin MPOC-20-mittarilla ja palveluntuottajien MPOC-SP-mittarilla. Mittarit mahdollistavat vertailun vanhempien ja palveluntuottajien vastausten välillä. Molemmat versiot on suomennettu ja käännökset päteviksi osoitettu.

Palveluntuottajille suunnattu MPOC-SP-mittaristo erotteli Jeglinskyn tutkimuksessa vastauksia siten, että yleisen tiedon antamisen yleisyys vaihteli vastaajan ammatista ja työuran kestosta riippuen. Erot olivat tilastollisesti merkitseviä. Mittari on luotettava ja reli-aabeli ja sillä on hyvä sisäinen konsistenssi. Vanhemmille suunnatusta MPOC-20-mittarista valittiin analysoitavaksi ne osiot, joissa yli 33 prosenttia vastauksista oli vaihtoehtoissa 1–4 (ei lainkaan- vaihtelevasti), jotta kehittämisen kohteet nousisivat paremmin esille. Erityisesti tiedon jakamisessa oli puutteita. Asiakslähtöisyyden vahvinta aluetta oli puolestaan kuntoutujan kuuleminen ja tasavertainen ja kunnioittava kohtelu. Näiden voidaan ajatella olevan perusta ja edellytys muiden asiakslähtöisyyden osa-alueiden mahdollistumiselle. Kokonaisuudessaan mittaristot tuottivat tietoa sekä niistä asiakslähtöisyyden näkökulmista, jotka toteutuvat hyvin, että erityisistä kehittämisen paikoista. (Jeglinsky 2012, 25, 36–40.)

MPOC-20-mittari on helppokäyttöinen ja kartoittaa palvelun tuottamiseen ja palveluntarjoajien käyttäytymiseen liittyviä tekijöitä. Sen tekemiseen kuluu aikaa viidestä kymmeneen minuuttia. Mittarin on osoitettu tuottavan vertailukelpoista ja luotettavaa tietoa vastanneiden vanhempien taustoista ja heidän lastensa iästä tai diagnoosista riippumatta. Tämä tukee ajatusta siitä, että MPOC-20-mittarin käyttö on laajennettavissa vanhempiin lasten diagnoosista tai iästä riippumatta, mutta myös muille kohderyhmille. Se on tarkoituksenmukaisimmillaan silloin, kun halutaan selvittää palvelurakennetta ja organisaation toimintatapoja asiakkaan näkökulmasta sekä kysyä asiakkaan kokemuksia auttamistavoista ja tarjotuista mahdollisuuksista sekä sitä, mikä asiakkaan näkökulmasta on oleellista. Testin tuoma tieto lisää kokonaisvaltaista ymmärrystä eri toimijoiden välillä ja linkittää palvelurakenteen, prosessin ja asiakkaan näkökulman. (King ym. 2004, 53–54.)

Molemmissa mittareissa asiakslähtöisyys jakautui eri ulottuvuuksiin, joita on suomen-nettu Jeglinskyn (2012) väitöskirjassa ja Karhulan ja Salmisen (2013) raportissa. Jeglinskyn (2012) mukaan käsiteltyjä ulottuvuuksia MPOC-SP-mittarissa ovat vuorovaikutus ja yhteistyö, tiedottaminen ja viestiminen, tiedon antaminen ja kunnioitus. KELA:n kuntoutuksen asiakslähtöisyyden arviointimenetelmiä kartoittavan työryhmän mukaan (Karhula ja Salminen 2013) asiakkaiden MPOC-20-mittarissa asiakslähtöisyyden ulottuvuuksia on viisi: 1) mahdollisuuksien antaminen ja yhteistyö, 2) yksityiskohtaisen tiedon antaminen, 3) yleisen tiedon antaminen, 4) hoidon koordinointi ja kokonaisvaltaisuus sekä 5) tuki ja kunnioitus.

Vastausvaihtoehdot ovat numeerisesti arvojen 1 (ei lainkaan) ja 7 (hyvin paljon) välillä. Alkuperäisessä mittarissa vastausvaihtoehtona ollut 0, ei sovellettavissa, päätettiin jättää pois tämän tutkimuksen kyselystä vastaamisen selkiyttämiseksi. Alkuperäisen mittarin kysymysten sanat perhe, vanhempi ja lapsi on korvattu sanalla asiakas ja kysymysten termistöä on muokattu muutenkin sopimaan kotihoitoon. Muokkaukset on tehty niin, että kysymyksen alkuperäinen ulottuvuus on huomioitu. Asiakkaiden kyselyyn on lisätty kysymys pelon ja turvattomuuden tunteesta kotihoidon käynteihin liittyen. Lisäksi kysytään omahoitajaan ja hoito- ja palvelusuunnitelmaan liittyviä kysymyksiä, koska ne olivat nyt kotihoidon kentällä ajankohtaisia ja niistä toivottiin tietoa. Mittareiden kysymykset ovat muotoa: Kuinka paljon viimeisen vuoden aikana olet...? (MPOC-SP) ja kuinka paljon kotihoidon henkilökunta on viimeisen vuoden aikana...? (MPOC-20).

Asiakkaiden MPOC-20-mittaria testattiin kahdella kotihoidon asiakkaalla ja työntekijöiden MPOC-SP-mittaria kolmella kotihoidon työntekijällä kommenttien ja korjausehdotusten saamiseksi. Palautteet otettiin huomioon mittarin ja kyselylomakkeen viimeistelyssä.

5.2 Aineisto

Tässä tutkimuksessa aineisto kerättiin kvantitatiivisena kyselytutkimuksena Oulun kaupungin kotihoidon henkilökunnalta sekä säännöllisen kotihoidon asukkailta syksyn 2015 ja kevään 2016 aikana. Aineiston keräämisessä hyödynnettiin palveluntuottajille tarkoitettua MPOC-SP mittaria sekä asukkailla tarkoitettua MPOC-20-mittaria, joita sovellettiin kotihoidon toimintakenttään tarkoituksenmukaiseksi. Kysely päädyttiin rajaamaan koskemaan kahta Oulun kaupungin kotihoidon aluetta, joissa oli jo siirrytty uuteen hyvinvointikeskusmalliin ja uusia toimintamalleja otettu käyttöön. Alueiksi valittiin näin ollen Kontinkankaan hyvinvointikeskuksen kotihoito ja Kiimingin hyvinvointikeskuksen kotihoito. Alueet ovat keskenään eri tyyppiset ja toimintakäytännöissä tiedetään olevan jonkin verran eroja. Hyvinvointikeskuksiin siirtymisen myötä toimintamalleja on pyritty yhdenmukaistamaan.

Tutkimuksessa nähtiin tärkeänä se, että asiakkaat vastaisivat kyselyyn mahdollisimman itsenäisesti. Näin ollen valittujen hyvinvointikeskusten alueelta asiakkaiksi valittiin ne

säännöllisen kotihoidon asiakkaat, joilla ei ollut muistiongelmia tai ongelmat olivat hyvin lieviä. Kognition arvioiminen perustui kotihoidossa käytössä olevaan RAI-arviointimenetelmään, jossa kysymysten pohjalta arvioinnista koostuu tiettyjä mittariarvoja. CPS-mittariarvo (cognitive performance scale) kuvaa asiakkaan älyllisiä toimintoja, kuten muistia ja päätöksentekokykyä. Se on verrattavissa MMSE (mini mental state exam)-mittarin arvoihin. CPS-mittarin skaala on 0–6, jossa 0 tarkoittaa ei kognitiivista häiriötä ja 6 kognition erittäin vaikeaa heikkenemistä. Tässä tutkimuksessa tavoitteena oli, että asiakkaat pystyisivät vastaamaan kyselyyn mahdollisimman itsenäisesti, joten kysely kohdentui asiakkaille, joilla kevään 2015 RAI-arvioinnissa oli CPS-mittarilla arvioituna arvot 0 tai 1. MMSE testiin verraten pistemäärää vastaa pistemäärää joka on yli 22/30. (RAISoft 2012; InterRAI 2017; Hirdes ym. 2008.)

Asiakkaiden kohdalla vastausprosentiksi muodostui 42 prosenttia (N=165). Kyselyt toimitettiin asiakkaille kotihoidossa olevien opiskelijoiden toimesta. Opiskelijoille pidettiin alueittain tiedotustilaisuuksia kyselyn toteuttamisesta. Jokaisella alueella oli lisäksi tutkimukseen liittyvä tiedotuskansio, jossa oli kirjalliset ohjeet ja jonne palautuneet vastaukset kerättiin. Yhteensä tutkimuksen tekoon osallistui eri alueilla 12 sosiaali- ja terveysalan opiskelijaa. Osa asiakkaista kieltäytyi osallistumasta, osa oli kyselyä toteutettaessa vuorohoito- tai sairaalajaksolla, jotkut muuttaneet palveluasumisen yksikköön ja muutamia kuollut. Myös ajankäytöllisten ja organisointiin liittyvien haasteiden vuoksi joitakin kyselyitä jäi toimittamatta asiakkaille.

Työntekijöiden kysely kohdennettiin Kontinkankaan ja Kiimingin hyvinvointikeskusten kotihoidon vakituiselle henkilökunnalle ja pitkäaikaisille sijaisille (N=140), kokonaisvastausprosentiksi muodostui 71 prosenttia. Kysely toteutettiin yhteistyössä kotihoidon alueiden esimiesten kanssa joko henkilöstön kuukausipalavereissa tai muulla esimiehen valitsemalla tavalla. Olin itse mukana alueiden kuukausipalavereissa esittelemässä tutkimusta ja vastaamassa kysymyksiin. Kysely ei tavoittanut kaikkia hoitajia esimerkiksi vaapaapäivien, lomien, sairastumisien tai hyvinvointikeskusten toimintamalliin kuuluvan runsaan liikkuvuuden vuoksi. Kieltäytyminen kyselyyn vastaamiseen oli harvinaista.

5.3 Analyysimenetelmät

Aineiston analysoinnissa käytettiin SPSS-ohjelmaa ja analyysimenetelminä suoria jakaumia, tunnuslukuja, ristiintaulukointia sekä tilastollisia testejä. Aineistoa tiivistettiin pääkomponenttianalyysin avulla luoden uusia summamuuttujia. Asiakkaiden ja työntekijöiden aineistot analysoitiin erillisinä.

Aineiston analysointi aloitettiin tarkastamalla yleisesti kaikki vastauslomakkeet. Tästä analyysistä jätettiin pois lomakkeet, joissa oli yli viisi vastaamatonta kohtaa. Asiakkaiden kyselyistä analyysin ulkopuolelle jäi kolme lomaketta, henkilöstöstä kaikki vastaukset ovat mukana analyysissä. Kyselylomakkeiden tiedot tallennettiin SPSS-ohjelmaan, henkilökunnan vastaukset ja asiakkaiden vastaukset omiksi tiedostoikseen. Molempien ryhmien taustamuuttujat luokiteltiin uudelleen ristiintaulukointien ja tarkempien analyysien tekemiseksi.

Aluksi aineistoa tarkasteltiin taustamuuttujittain suoria jakaumia hyödyntäen, jotta saatiin yleiskäsitys molempien ryhmien asiakaslähtöisyyttä koskevista subjektiivisista arvioista yksittäisissä kysymyksissä. Analyysin seuraavassa vaiheessa asiakaslähtöisyyden ulottuvuuksiin liittyvää muuttujajoukkoa tiivistettiin uusiin, toisiinsa korreloimattomiin päämuuttujiin. Analyysimenetelmänä käytettiin pääkomponenttianalyysiä, jonka tavoitteena on löytää muuttujajoukosta yhtenäisiä tekijöitä ja toisaalta kokonaisvaihtelusta erottuvat toistensa kanssa korreloimattomat pääkomponentit. Jos kysymysten välillä on vahva korrelaatio ja ne ovat käsitteistöltään lähellä toisiaan, niiden voidaan ajatella mittaavan samaa ulottuvuutta. Pääkomponenttianalyysiä käytetään tyypillisesti tilanteessa, jossa tutkijalla on joukko samaan teemaan liittyviä muuttujia, mutta ei selkeää kuvaa siitä, miten muuttujat olisivat tiivistettävissä. (Jokivuori & Hietala 2007: 89–93.)

Muuttujien korreloitumista testattiin KMO ja Bartlettin testeillä, sillä muuttujien tiivistäminen ei onnistu, elleivät ne korreloi keskenään. KMO arvon olisi syytä olla vähintään 0,6. Bartlettin testin tuloksen pitäisi puolestaan olla tilastollisesti merkitsevä. Asiakkaiden aineistossa KMO oli 0,83 ja työntekijöiden aineistossa 0,86. Molemmissa aineistoissa Bartlettin testissä todettiin tilastollinen merkitsevyys. Näin ollen molemmat ehdot täyttyvät. Pääkomponenttianalyysin tuloksen tulkinnan helpottamiseksi valittiin rotaatiomenetelmäksi varimax, jolloin alkuperäisen analyysin muuttujien lataukset kohdentuvat

mahdollisimman paljon yksittäisiin komponentteihin. Varimax-rotaatiossa oletetaan, että komponentit ovat toisistaan riippumattomia. (Jokivuori & Hietala 2007: 9396.)

Muuttujien vaihtelu komponenteissa oli riittävää. Arvo voi vaihdella nollasta yhteen ja mitä lähempänä se on yhtä, sitä paremmin pääkomponentti selittää kyseisen muuttujan vaihtelua. Kaikki asiakasaineiston muuttujat selittyvät hyvin. (Jokivuori & Hietala 2007: 96–97.)

Asiakaslähtöisyyden ulottuvuuksien toteutumista koskevien asiakasarviointien rotatoitu latausmatriisi on esitetty liitteessä 1 ja henkilökunnan arviointien rotatoitu latausmatriisi liitteessä 2. Liitteissä nähdään muuttujien lataukset ja sijoittuminen tiettyyn komponenttiin. Pääkomponentteja muodostui asiakkaille kohdennetun mittarin analyysissä viisi ja työntekijöille kohdennetussa mittarissa kuusi.

Analyysin tuloksia on arvioitu viitekehykseen peilaten ja todettu pääkomponenttien vastaavan hyvin MPOC-mittariston yleisiä teemoja ja asiakaslähtöisyyden ulottuvuuksia. Pääkomponenttien nimeämisessä mukailtiin Jeglinskyn ym. (2013) Kelalle tekemässä raportissa käytettyjä suomennoksia sekä Jeglinskyn (2012) väitöskirjassaan käyttämiä ulottuvuuksia. Henkilöstön ja asiakkaiden arvioiden pääkomponenttien nimeäminen pyrittiin tekemään mahdollisimman yhtenäiseksi vertailun selkiyttämiseksi.

Kuhunkin pääkomponenttiin kuuluvien muuttujaryhmien luotettavuutta testattiin Cronbachin alfa-reliabiliteettitestauksella. Reliabiliteettitestauksessa kaikkien arvojen tulee olla positiivisia. Asiakkaiden kyselyssä kysymys pelon ja turvattomuuden tunteesta koodattiin uudelleen käänteiseksi, sillä se erosi kysymyksen asettelultaan muista kyselyn kysymyksistä ja sen lataus oli negatiivinen. Jatkoanalyyseissä on käytetty uudelleen koodattua muuttujaa, kyseinen muuttuja kuuluu komponenttiin viisi.

Asiakkaiden aineistossa neljän pääkomponentin muuttujien reliabiliteetti oli hyvä. Viidennen komponentin muuttujat eivät täyttäneet Cronbachin alfan ehtoja. Kysymys (numero 19) omaisten mahdollisuudesta saada tietoa ei ole mukana missään komponentissa. Se latautuu useaan komponenttiin yhtä vahvana, joten se on jätetty muodostettujen pääkomponenttien ulkopuolelle. Kysymykset tavoitettavissa olemisesta (numero 4), pelon

ja turvattomuuden tunteesta (numero 13) ja omaisten mahdollisuudesta saada tietoa (numero 19) eivät kuulu mihinkään komponenttiin. Analyysiä päädyttiin jatkamaan neljällä pääkomponentilla, joista muodostettiin summamuuttujat jatkoanalyysia varten.

Työntekijöiden aineistossa neljän pääkomponentin muuttujien reliabiliteetti oli hyvä. Kahden komponentin muuttujat eivät puolestaan täyttäneet Cronbachin alfan ehtoja. Päämuuttujassa viisi ei ollut lainkaan yli 0.5 latauksia ja kuudenteen päämuuttujaan oli latautunut erittäin vahvana vain yksi kysymys (numero 18) tasa-arvoisesta kohtelusta. Viidennen ja kuudenteen pääkomponenttiin kuuluvissa muuttujissa reliabiliteettiehdot eivät toteudu. Kolmen kysymyksen kohdalla (numerot 2, 4 ja 17) lataukset jakaantuivat eri komponenttien välille niin, ettei yli 0.5 latauksia tullut mihinkään komponenteista. Analyysiä päädyttiin jatkamaan neljällä pääkomponentilla, joista muodostettiin summamuuttujat. Taulukkoon 1 on koottu yhteen sekä asiakkaiden että työntekijöiden analyysin perusteella luodut summamuuttujat ja niiden sisältämät mittariston kysymykset.

Taulukko 1. Pääkomponenttianalyysien perusteella muodostuneet summamuuttujat.

Summamuuttuja	MPOC-20 (Asiakkaat)	MPOC-SP (Työntekijät)
Tiedottaminen ja viestiminen	*0.917 2 Kirjallisen tiedon antaminen palvelun sisällöstä 5 Kokonaisvaltainen huomioiminen 7 Hoitovaihtoehtojen selittäminen 15 Kirjallisen tiedon antaminen sairauteen liittyen 16 Arviointien ja testien tuloksista kertominen 17 Palveluiden ehdottaminen 20 Kirjallisten ohjeiden antaminen 21 Lisätiedon saamiseen ohjaaminen	*0.928 1 Sopivien palveluiden ehdottaminen asiakkaalle 5 Palveluista kertominen asiakkaalle 9 Tiedon antaminen huolen aiheista 15 Kirjallisen tiedon antaminen sairauteen liittyen 19 Mahdollisuus vaikuttaa hoidon sisältöön 23 Sosiaalisten suhteiden edistäminen 24 Asiakkaan tukeminen 25 Yhteydenpitoon muihin ohjaaminen 26 Omaisten tiedon saamisen mahdollistaminen 27 Muista palveluista tiedottaminen
Erityisen tiedon tarjoaminen	*0.743 6 Omahoitajuudesta kertominen 8 Hoito- ja palvelusuunnitelmasta keskusteleminen	*0.818 12 Vastuun ottaminen itsenäisesti 14 Arviointien ja testien tuloksista kertominen 16 Kirjallisen tiedon antaminen palvelun sisällöstä 22 Hoito- ja palvelusuunnitelmasta keskusteleminen

Kunnioittava ja tukeva hoito		
	*0.849	*0.697
9 Kiireettömän ilmapiirin luominen		3 Hyvien välien luominen asiakkaaseen
10 Hoitajien toimiminen samansuuntaisesti		6 Asiakkaan hyväksyminen omista mielipiteistäsi huolimatta
11 Tasa-arvoinen kohtelevinen		7 Asiantuntijuuteen luottaminen
12 Yhdenmukainen tiedonantaminen		
14 Yksilöllinen kohtaaminen		
Mahdollisuuksien antamisen ja yhteistyö		
	*0.747	*0.828
1 Asiantuntijuuden tukeminen		8 Kokonaisvaltainen huomioiminen
3 Kannustaminen ja positiivisen palautteen antaminen		10 Antanut mahdollisuuden kertoa tärkeistä asioista
		11 Antanut mahdollisuuden valita itse
		13 Kysymyksiin vastaaminen
		20 Kiireettömän ilmapiirin luominen
		21 Asiakkaan asiantuntijuuden tukeminen

*Cronbachin alfa

Palvelun asiakaslähtöisyyttä voidaan arvioida vahvuuksia ja heikkouksia tarkastelemalla. MPOC-mittariston kehittäjät suosittelevat käyttämään kehittämiskohteiden identifioimisessa pääkomponentteittain asiakkaiden vastauksista laskettuja keskiarvoja. Vastaukset luokitellaan kahteen ryhmään, niihin jotka vastasivat kysytyä toimintaa tapahtuneen ”vähintään melko paljon” (arvot viidestä seitsemään) ja niihin jotka kokevat, että kysytyä toimintaa on tapahtunut ”enintään jonkin verran” (arvot yhdestä neljään). Muodostetut summamuuttujat luokiteltiin uudelleen ylläolevan periaatteen mukaisesti; paljon (arvot 5.00-7.00) ja vähän (arvot 0.99-4.99). Erityishuomiota kehittämiskohteina tulee kiinnittää niihin komponentteihin, joihin 33 prosenttia tai enemmän asiakkaista on valinnut vastausvaihtoehdon vähän. (Knox & Menzies 2005: 112.)

Taustamuuttujien yhteyttä summamuuttujiin tarkasteltiin ristiintaulukointien ja khiin neliotestausten avulla. Tilastollista merkitsevyyttä kuvataan p-arvon avulla. Tässä tutkimuksessa noudatetaan yleistä linjaa, jonka mukaan arvoa $p < 0.05$ pidetään tilastollisesti merkitseväenä arvona.

5.4 Eettiset kysymykset

Oulun kaupungin vanhustyönjohtaja myönsi tutkimukselle tutkimusluvan keväällä 2015. Tutkimuksessa noudatettiin sosiaali- ja terveydenhuollon yleisiä vaitiolo- ja salassapitosäännöksiä, henkilötietolakia ja tutkimuksen eettisiä periaatteita. Itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, yksityisyyden suojaaminen ja vahingoittumisen välttäminen ovat tutkimuksen keskeisimpiä eettisiä normeja. (Kuula 2011, 60.) Tässä tutkimuksessa itsemääräämisoikeuden arvostaminen tarkoitti sitä, että asiakkaat ja henkilökunta saivat päättää osallistumisestaan tutkimukseen täysin vapaaehtoisesti. Kyselylomakkeessa tuotiin selkeästi esille vastaamisen vapaaehtoisuus, opiskelijoita ohjeistettiin aina muistuttamaan asiakasta mahdollisuudesta kieltäytyä ja kuukausipalaverissa mukana ollessani muistutin työntekijöitä aina myös suullisesti vapaaehtoisuudesta. Myös luottamuksellisuutta korostettiin ja asiakkaille tuotiin esille se, että vastaaminen ei tule vaikuttamaan heidän saamiinsa palveluihin. Myös työntekijöille korostettiin erityisesti luottamuksellisuutta ja aineiston anonyymiä käsittelyä.

Tutkimuksessa tulokset on raportoitu niin, että yksittäisiä henkilöitä ei pysty tunnistamaan. Yksityisyyden suojaaminen ja kunnioittaminen tarkoittivat sitä, että tutkimusaineisto käsiteltiin luottamuksellisesti. Kyselylomakkeet täytettiin nimettöminä ja asiakkaiden kyselyt toimitettiin toimistoille suljetuissa kirjekuorissa. Henkilöstön kuukausipalaverissa täyttämät kyselyt kerättiin palaverin lopuksi isoon kuoreen ja yksittäisten työntekijöiden vastaukset toimitettiin esimiehelle suljetussa kuoressa. Paperiset kyselylomakkeet säilytettiin tutkijan hallussa aineiston keruun ja analysoinnin ajan. Asiakaslistat hävitettiin kyselyiden toteuttamisen jälkeen. Kyselyyn vastanneista ei kerätty rekisteriä tai henkilötietoja.

Asiakkaiden kyselyissä esittämistapoja on opiskelijoiden myötä ollut varmasti useita. Opiskelijat saivat sekä kirjallisen että suullisen ohjeistuksen kyselylomakkeen ohjeistamiseen ja tutkimukseen osallistumiseen liittyen. Tavoitteena korostettiin asiakkaan mahdollisimman itsenäistä vastaamista ja avun antamista vain tarvittaessa. Opiskelijoita ohjeistettiin niin, että kysymyksiä voi pyrkiä asiakkaalle tarvittaessa konkretisoimaan esimerkein. On mahdotonta tietää, kuinka paljon apua kukin asiakas on vastaamiseensa saanut. Opiskelijoita jälkikäteen haastatellessa muodostui käsitys, että suurin osa asiakkaista vastasi kyselyyn täysin itsenäisesti.

Työskentelen itse Oulun kaupungin kotihoidossa fysioterapeuttina ja työskentely- yksiköni on Kontinkankaan hyvinvointikeskus. Näin ollen Kontinkankaan työntekijöistä suurin osa tuntee minut, joten voi olla että, jotkut kokivat velvollisuudekseen vastata. Toisaalta työntekijöitä on kuitenkin paljon ja fysioterapeutti toimii usean tiimin alueella, joten suhteeni työntekijöihin ovat kuitenkin etäiset. Tämän vuoksi on oletettavaa, että roolini kotihoidon työntekijänä ei vaikuttanut työntekijöiden vastauksiin. Asiakkaista vain muutama saattaa tuntea minut, mutta koska kyselyn toimitti opiskelija, ei suoraa kontaktia syntynyt. Toisaalta myöskään kyselylomakkeessa ei lue minun nimeäni, joten asiakkaiden vastaamiseen sidokseni alueeseen ei varmastikaan vaikuttanut.

6 TULOKSET

6.1 Asiakkaiden taustatiedot

Vastanneista 74 prosenttia oli naisia. Siviilisäädyltään yli puolet vastaajista oli leskiä ja koulutustasoltaan yli puolet kansakoulun tai vähemmän käyneitä. Lesket ja eronneet on yhdistetty samaan muuttujaan, mutta todellisuudessa eronneita vastanneista oli vain muutamia. Leskinaisten määrä on selkeästi suurempi kuin miesten, mikä osittain selittynee ikärakenteellakin. Ero oli tilastollisesti merkitsevä ($p < 0.000$).

Asiakkaiden taustatiedot on esitetty ikäryhmän ja sukupuolen mukaisesti taulukossa 2. Tässä tutkimuksessa ikää kysyttiin syntymävuotena ja analyysia varten vastaajat jaettiin iän mukaan kahteen ryhmään, alle 84-vuotiaisiin ja 84 vuotta täyttäneisiin. Näin jakaen aineisto jakautui puoleksi ja vanhempien ikäluokka vastaa neljättä ikäluokkaa ikääntymisestä puhuttaessa. Siviilisäädyn suhteen vanhempien ikäluokassa oli enemmän leskiä/eronneita, ero oli tilastollisesti merkitsevä ($p < 0.005$). Naiset olivat käyneet koulua hieman miehiä enemmän, naisista keskikoulun tai enemmän käyneitä oli 40 prosenttia, kun miehistä vastaava osuus oli 20 prosenttia. Kontinkankaan alueen asiakkaista hieman Kiiminkiä suurempi osa oli naisia, jotka useammin kuuluivat myös alle 84 vuotiaisiin.

Kotihoidon kesto oli yleisimmin yhdestä viiteen vuotta, reilulla kolmasosalla kotihoidon palvelut olivat kestäneet yli viisi vuotta. Sukupuolen mukaan kestossa ei ollut eroja, ikäryhmän mukaan tarkasteltuna nuoremmassa ikäryhmässä kotihoidon palvelu oli useammin kestänyt yli viisi vuotta. Yli puolella vastaajista kotihoidon käynnit toteutuivat useamman kerran päivässä. Kerran päivässä käytiin neljäsosan luona. Sukupuolen mukaan ei ollut eroja, mutta vanhempien ikäryhmässä suurimman osan luona käytiin useamman kerran päivässä, kun nuorempien ikäluokassa useampi käynti oli hieman yli puolen luona.

Suurin osa asiakkaista koki vointinsa hyväksi tai kohtalaiseksi, sukupuolella ei ollut voinnin arvioinnin suhteen eroa. Nuorempien ikäryhmässä vointi koettiin hyväksi tai kohtalaiseksi 91 prosenttisesti, kuitenkin myös iäkkäämpien ryhmässä näin koki 81 prosenttia. Kyselyssä haluttiin selvittää myös omaisten osallistumista asiakkaiden arkeen. Suurimalla osalla kaikista asiakkaista oli kontakti omaiseen viikoittain, naisilla hieman useammin kuin miehillä ja iäkkäämpien ikäryhmässä useammin kuin nuorempien ikäryhmässä.

Taulukko 2. Asiakkaiden taustatiedot sukupuolen ja ikäryhmän mukaan, % (n= 69).

		Nainen (n=51)	Mies (n=18)	p	Alle 84- vuotiaat (n=33)	84 vuotta täyttä- neet (n=36)	p
Siviilisäät				<0,000			<0,005
	Naimaton	8,3	44,4		25	11,8	
	Naimisissa	20,8	33,3		37,5	11,8	
	Leski/ eronnut	70,8	22,4		37,5	76,5	
	Yhteensä (n)	100 (51)	100 (18)		100 (33)	100 (36)	
Koulutustaso							
	Kansakoulu tai vähemmän	60,4	80		58,1	71,9	
	Keskikoulu tai enemmän	39,6	20		41,9	28,1	
	Yhteensä (n)	100 (51)	100 (18)		100 (33)	100 (36)	
Kotihoidon alue							
	Kontinkankaan hvk	66,7	55,6		57,6	69,4	
	Kiimingin hvk	33,3	44,4		42,4	30,6	
	Yhteensä (n)	100 (51)	100 (18)		100 (33)	100 (36)	
Asiakkuuden kesto							
	Alle 5 vuotta	65,3	61,1		58,1	69,4	
	Yli 5 vuotta	34,7	38,9		41,9	30,6	
	Yhteensä (n)	100 (51)	100 (18)		100 (33)	100 (36)	
Käyntitiheys							
	Enintään kerran päivässä	39,2	33,3		45,5	30,6	
	Useamman kerran päivässä	60,8	66,7		54,5	69,4	
	Yhteensä (n)	100 (51)	100 (18)		100 (33)	100 (36)	
Koettu vointi							
	Hyvä/ kohtalainen	84,3	88,9		90,9	80,6	
	Heikko	15,7	11,1		9,1	19,4	
	Yhteensä (n)	100 (51)	100 (18)		100 (33)	100 (36)	
Yhteys omaisiin							
	Viikoittain	78,4	61,1		63,6	83,3	
	Harvemmin kuin viikoittain	21,6	38,9		36,4	16,7	
	Yhteensä (n)	100 (51)	100 (18)		100 (33)	100 (36)	

6.2 Työntekijöiden taustatiedot

Kotihoidon henkilökunnasta hieman yli puolet oli yli 50-vuotiaita. Analyysia varten työntekijät on jaettu kahteen saman kokoiseen ryhmään. Alle 50-vuotiaat ja 50 vuotta täyttäneet. Vastanneista 82 prosenttia oli Kontinkankaan hyvinvointikeskuksen alueelta ja 18 prosenttia Kiimingin hyvinvointikeskuksen alueelta. Taulukossa 3 on esitetty työntekijöiden taustatiedot ikäryhmän mukaan.

Kyselyyn osallistuneilla oli pitkä kokemus hoitotyöstä, yleisimmin kokemusta oli yli 20 vuotta. 50 vuotta täyttäneiden ryhmässä työkokemusta oli suurimmalla osalla yli 20 vuotta. Alle 50-vuotiaiden ikäryhmästä reilulla kolmanneksella oli työkokemusta alle viisi vuotta. Ero oli tilastollisesti merkitsevä ($p < 0.000$). Koulutukseltaan 72 prosenttia vastaajista oli lähi- tai perushoitajia ja 16 prosenttia sairaanhoitajia tai terveydenhoitajia. Vastaajista 12 prosenttia oli kodinhoitajia tai kotiavustajia, ja he kaikki kuuluivat 50 vuotta täyttäneiden ryhmään. Alle 50-vuotiaiden ikäryhmästä 81 prosenttia oli lähi- tai perushoitajia. Ikäryhmän mukainen ero ammattinimikkeessä oli tilastollisesti merkitsevä ($p < 0.005$).

Yli puolet vastaajista ilmoitti kokevansa työkykynsä hyväksi ja työn mielekkääksi. Alle 50-vuotiaiden ikäryhmässä työkyky koettiin hyväksi useammin kuin 50 vuotta täyttäneiden ikäryhmässä. Vanhemmassa, 50 vuotta täyttäneiden ryhmässä puolestaan koettiin työ mielekkääksi useammin kuin alle 50-vuotiaiden ikäryhmässä. Enemmistö molemmissa ikäryhmissä vastasi kotihoidotyön olevan useimmiten asiakaslähtöistä.

Taulukko 3. Työntekijöiden taustatiedot ikäryhmän mukaan, % (n= 99).

		Alle 50- vuotiaat (n=47)	50 vuotta täyttäneet (n=52)	p	Kaikki työntekijät (n=99)
Työskentely alue					
	Kontinkankaan hvk	85,1	78,8		81,8
	Kiimingin hvk	14,9	21,2		18,2
	Yhteensä (n)	100 (47)	100 (52)		100 (99)
Työkokemus hoitotyössä				<0,000	
	Alle 5 vuotta	38,3	2		19,4
	5-10 vuotta	23,4	7,8		15,3
	11-20 vuotta	34	11,8		22,4
	Yli 20 vuotta	4,3	78,4		42,9
	Yhteensä (n)	100 (47)	100 (52)		100 (99)

Ammatti-nimike		<0,005		
	Kodinhoitaja/koti-avustaja	0	23,1	12,1
	Lähihoitaja/ perushoitaja	80,9	63,5	71,7
	Sairaanhoitaja/terveydenhoitaja	19,1	13,5	16,2
	Yhteensä (n)	100 (47)	100 (52)	100 (99)
Koettu työkyky				
	Hyvä	66	46,2	55,6
	Kohtalainen	34	53,8	44,4
	Yhteensä (n)	100 (47)	100 (52)	100 (99)
Työn mielekkyys				
	Mielekäs	57,4	69,2	63,6
	Ei kovinkaan mielekäs	42,6	30,8	36,4
	Yhteensä (n)	100 (47)	100 (52)	100 (99)
Toteutuuko asiakaslähtöisyys				
	Aina/useimmiten	72,3	73,1	72,7
	Silloin tällöin	27,7	26,9	27,3
	Yhteensä (n)	100 (47)	100 (52)	100 (99)

6.3 Asiakkaiden arviot asiakaslähtöisyyden toteutumisesta

Asiakkaat arvioivat asiakaslähtöisyyttä koskevissa ulottuvuuksissa olevan runsaasti kehittämiskohteita. Yli puolet vastaajista arvioi asiakaslähtöisyyden toteutuvan kolmessa neljästä ulottuvuudesta vähän. Heikoiten asiakkaiden mukaan toteutui erityisen tiedon tarjoamisen ulottuvuus ja toiseksi heikoiten tiedottaminen ja viestiminen ulottuvuus. Eri-tyisen tiedon tarjoamisessa nousi esille alueellisia eroja ja käytäntiheydellä oli vaikutusta asiakaslähtöisyyden kokemiseen. Parhaiten asiakkaiden mukaan toteutui kunnioittava ja tukea antava hoito. Yksittäisistä kysymyksistä parhaiten asiakkaiden mukaan toteutui tasa-arvoinen kohtelu (kysymyksessä numero 11 vastausten keskiarvo oli 5,61) sekä selkeä kysymyksiin vastaaminen (kysymyksessä numero 18 vastausten keskiarvo oli 5,35). Yksittäisistä kysymyksistä heikoiten asiakkaiden mukaan toteutui mahdollisuus vaikuttaa hoidon sisältöön (kysymyksessä numero 8 vastausten keskiarvo oli 3,19) ja kirjallisen tiedon saaminen palveluiden sisällöstä (kysymyksessä numero 2 vastausten keskiarvo oli 3,35). Yksittäisten kysymysten jakaumat, keskiarvot ja keskihajonnat on esitetty liitteessä 3.

Tiedottaminen ja viestiminen ja erityisen tiedon tarjoaminen

Asiakaslähtöisyyden eri ulottuvuuksien toteutumista tarkasteltiin sosiodemografisten taustamuuttujien, kotihoitoon liittyvien taustamuuttujien ja asiakkaan henkilökohtaisten muuttujien mukaan. Ikäryhmittäin tarkasteltuna alle 84-vuotiaat olivat hieman vanhemmaa ikäryhmää kriittisempiä tiedottamisen ja viestimisen toteutumista arvioidessaan. Alle 84-vuotiaista neljännes vastasi asiakaslähtöisyyden toteutuneen tässä ulottuvuudessa paljon, kun vanhemmasta ikäryhmästä näin vastasi kolmannes. Erityisen tiedon tarjoamisen ulottuvuudessa eroja ikäryhmien välillä ei juurikaan ollut. Sukupuolella ei ollut vaikutusta asiakaslähtöisyyden kokemiseen kummassakaan ulottuvuudessa.

Siviilisäädyn mukaan arvioissa eroja oli jonkin verran. Naimattomat olivat tyytyväisimpiä sekä tiedottaminen ja viestiminen ulottuvuuden, että erityisen tiedon tarjoamisen ulottuvuuden toteutumiseen. Selkein ero oli erityisen tiedon tarjoamisen suhteen, naimattomista 58 prosenttia koki asiakaslähtöisyyden toteutuvan paljon, kun naimisissa olevista samoin vastasi 25 prosenttia ja leskistä/eronneista 29 prosenttia. Siviilisäädyn suhteen khiin neliötestauksen luotettavuusehdot eivät täytyneet, joten tilastollista merkitsevyyttä ei pystytty kyseisellä testillä osoittamaan. Muuttujien luokkien lisätiivistäminen ei olisi ollut järkevää.

Koulutustaustan suhteen eroja nousi esille erityisen tiedon tarjoamisen ulottuvuudessa siten, että 41 prosenttia kesikoulun tai enemmän käyneistä koki tiedon tarjoamisen toteutuvan paljon, kun kansakoulun tai vähemmän käyneistä samoin vastasi 27 prosenttia. Tiedottaminen ja viestiminen ulottuvuudessa eroja koulutustaustan suhteen ei ollut juuri lainkaan. Sosiodemografisista taustamuuttujista ikä oli yhteydessä asiakaslähtöisyyden toteutumiseen tiedottamisen ja viestimisen ulottuvuudella ($p < 0,05$). Siviilisäätty puolestaan oli yhteydessä erityisen tiedon tarjoamisen toteutumiseen, mutta erot eivät olleet tilastollisesti merkitseviä.

Kotihoitoon liittyvien taustamuuttujien mukaisessa tarkastelussa ilmeni eroja tiedottamisen ja viestimisen ja erityisen tiedon tarjoamisen ulottuvuudella tarkasteltuna. Kontinkankaan hyvinvointikeskuksen asiakkaista 36 prosenttia koki asiakaslähtöisyyden toteutuneen tiedottaminen ja viestiminen ulottuvuuden mukaan paljon, kun Kiimingin hyvinvointikeskuksen asiakkaista samoin koki 16 prosenttia. Erityisen tiedon tarjoamisen suhteen Kontinkankaan alueen asiakkaista 41 prosenttia koki asiakaslähtöisyyden toteutuvan

paljon, kun Kiimingissä samoin vastasi 16 prosenttia asiakkaista. Alueelliset erot arvioissa erityisen tiedon tarjoamisen suhteen olivat tilastollisesti merkitseviä ($p < 0.05$) ja tiedottamisen ja viestimisen ulottuvuudellakin oli havaittavissa eroja, joskaan ne eivät olleet tilastollisesti merkitseviä.

Myös arvioissa asiakkuuden keston mukaan oli eroja siten, että kauemmin asiakkaana olleet vastasivat sekä tiedottamisen ja viestimisen että erityisen tiedon tarjoamisen toteutuvan useammin, kuin lyhyemmän aikaa asiakkaina olleet. Yli viisi vuotta asiakkaana olleista 46 prosenttia vastasi erityisen tiedon antamisen toteutuneen paljon ja 38 prosenttia tiedottamisen ja viestimisen toteutuneen paljon. Alle viisi vuotta asiakkaana olleista puolestaan neljännes vastasi asiakaslähtöisyyden toteutuneen näillä ulottuvuuksilla paljon. Lisäksi ne asiakkaat, joiden luona käytiin useamman kerran päivässä, kokivat molemmissa ulottuvuuksissa asiakaslähtöisyyden toteutuvan hieman useammin kuin asiakkaat, joiden luona käytiin harvemmin.

Asiakkaiden henkilökohtaisina taustamuuttujina huomioitiin subjektiivisesti koettu vointi sekä yhteyden pitäminen omaisiin. Asiakkaat, jotka kokivat vointinsa olevan hyvä tai kohtalainen olivat heikoksi vointinsa kokevia kriittisempiä tiedottamisen ja viestimisen sekä erityisen tiedon tarjoamisen toteutumiseen suhteen. Heikoksi vointinsa kokevista 40 prosenttia koki molemmilla ulottuvuuksilla asiakaslähtöisyyden toteutuvan paljon. Hyväksi vointinsa kokevista tiedottamisen ja viestimisen koki toteutuvan paljon 27 prosenttia ja erityisen tiedon tarjoamisen 31 prosenttia. Tässä taustamuuttujassa tiivistämisestä huolimatta khiin neliötestauksen ehdot eivät täyttyneet, joten merkitsevyyttä ei voida khiin neliötestauksella luotettavasti arvioida. Yhteydenpidolla omaisiin ei ollut juurikaan vaikutusta vastauksiin tässä ulottuvuudessa.

Taulukko 4. Asiakkaiden arviot tiedottaminen ja viestiminen ja erityisen tiedon tarjoaminen ulottuvuuksien asiakaslähtöisyydestä taustamuuttujittain, %.

		Tiedottaminen ja viestiminen			Erityisen tiedon tarjoaminen			Yhteensä 100 (n)
		Paljon	Vähän	p	Paljon	Vähän	p	
Ikä				<0,05				
	Alle 84-vuotiaat	24,2	75,8		33,3	66,7		100 (33)
	84 vuotta täyttäneet	33,3	66,7		30,6	69,4		100 (36)
Sukupuoli								
	Nainen	29,4	70,6		31,4	68,6		100 (51)
	Mies	27,8	72,2		33,3	66,7		100 (18)
Siviilisääty								
	Naimaton	41,7	58,3		58,3	41,7		100 (12)
	Naimisissa	31,3	68,8		25	75		100 (16)
	Leski/eronnut	26,3	73,7		28,9	71,1		100 (38)
Koulutus-taso								
	Kansakoulu tai vähemmän	29,3	70,7		26,8	73,2		100 (41)
	Keskikoulu tai enemmän	27,3	72,7		40,9	59,1		100 (22)
Kotihoidon alue							<0,05	
	Kontinkankaan hvk	36,4	63,6		40,9	59,1		100 (44)
	Kiimingin hvk	16	84		16	84		100 (25)
Asiakkuuden kesto								
	Alle 5 vuotta	23,3	76,7		25,6	74,4		100 (43)
	Yli 5 vuotta	37,5	62,5		45,8	54,2		100 (24)
Käyntitiheys								
	Enintään kerran päivässä	23,1	76,9		26,9	73,1		100 (26)
	Useamman kerran päivässä	32,6	67,4		34,9	65,1		100 (43)
Koettu vointi								
	Hyvä/kohtalainen	27,1	72,9		30,5	69,5		100 (59)
	Heikko	40	60		40	60		100 (10)
Yhteys omaisiin								
	Viikoittain	27,5	72,5		31,4	68,6		100 (51)
	Harvemmin	33,3	66,7		33,3	66,7		100 (24)

Kunnioittava ja tukea antava hoito ja mahdollisuuksien antaminen ja yhteistyö

Kunnioittava ja tukea antava hoito ja mahdollisuuksien antaminen ja yhteistyö toteutuvat ikäryhmittäin tarkasteltuna paremmin 84 vuotta täyttäneiden mielestä (taulukko 5). Heistä 69 prosenttia vastasi kunnioittavan ja tukea antavan hoidon toteutuvan paljon, kun alle 84-vuotiaista samoin vastasi 46 prosenttia. Ero oli tilastollisesti merkitsevä ($p<0.05$).

Mahdollisuuksien antaminen ja yhteistyö ulottuvuudessa puolet vanhemmasta ikäryhmästä ja kolmannes nuoremasta ikäryhmästä vastasi asiakaslähtöisyyden toteutuvan paljon. Ero oli selkeä, mutta ei kuitenkaan tilastollisesti merkitsevä. Sukupuolen mukaan tarkasteluna naiset kokivat mahdollisuuksien antamisen ja yhteistyön toteutuvan hieman miehiä useammin. Miehet puolestaan kokivat kunnioittavan ja tukea antavan hoidon toteutuvan hieman naisia useammin.

Siviilisäädyn suhteen tarkasteltuna naimisissa olevat kokivat kunnioittavan ja tukea antavan hoidon toteutuvan hieman useammin kuin muut. Naimisissa olevat puolestaan kokivat mahdollisuuksien antamisen ja yhteistyön toteutuvan hieman muita siviilisäätiryhmiä heikommin. Koulutusasteen mukaan kunnioittavan ja tukea antavan hoidon ulottuvuus toteutui hieman useammin keskikoulun tai enemmän käyneiden mukaan, kun mahdollisuuksien antaminen ja yhteistyö toteutui hieman paremmin kansakoulun tai vähemmän käyneiden arvioimana.

Kotihoitoon liittyvien taustamuuttujien suhteen ilmeni eroja näissä ulottuvuuksissa. Mahdollisuuksien antaminen ja yhteistyö ulottuvuudella 51 prosenttia asiakkaista, joiden luona käytiin useamman kerran päivässä, koki asiakaslähtöisyyden toteutuvan paljon. Asiakkaista, joiden luona käytiin harvemmin, 23 prosenttia koki samoin. Ero oli tilastollisesti merkitsevä ($p < 0.05$). Myös asiakkuuden keston mukaan tarkasteltuna ilmeni, että pidempään asiakkaana olleet kokivat mahdollisuuksien antamisen ja yhteistyön toteutuvan useammin, kuin lyhyemmän aikaa asiakkaana olleet. Kunnioittava ja tukea antava hoito ulottuvuudella päinvastoin lyhyemmän aikaa asiakkaana olleet, ja he joiden luona käytiin harvemmin, arvioivat asiakaslähtöisyyden toteutuvan paremmin.

Asiakkaiden henkilökohtaisista taustamuuttujista koettu vointi vaikutti mahdollisuuksien antamisen ja yhteistyön toteutumisen kokemiseen. Asiakkaat, jotka kokivat vointinsa hyväksi tai kohtalaiseksi, arvioivat mahdollisuuksien antamisen ja yhteistyön toteutuvan heikommin kuin voinnin heikoksi kokevat. Vointinsa heikoksi kokevista 70 prosenttia vastasi mahdollisuuksien antamisen ja yhteistyön toteutuvan paljon, kun hyväksi tai kohtalaiseksi vointinsa kokeneista samoin vastasi 36 prosenttia. Kunnioittavan ja tukea antavan hoidon puolestaan kokivat toteutuvan hieman useammin asiakkaat, jotka kokivat vointinsa hyväksi tai kohtalaiseksi. Yhteydenpidon useudella omaisiin ei ollut yhteyttä näitä asiakaslähtöisyyden osa-alueita koskeviin arviointeihin. Tilastollista merkitsevyyttä

ei pysty luotettavasti khiin neliötestillä näiden taustamuuttujien ja tulosmuuttujien ristiintaulukointien yhteydessä osoittamaan.

Taulukko 5. Asiakkaiden arviot kunnioittava ja tukea antava hoito ja mahdollisuuksien antaminen ja yhteistyö ulottuvuuksien asiakaslähtöisyydestä taustamuuttujittain, %.

		Kunnioittava ja tukea antava hoito			Mahdollisuuksien antaminen ja yhteistyö			Yhteensä 100(n)
		Paljon	Vähän	p	Paljon	Vähän	p	
Ikä				<0,05				
	Alle 84-vuotiaat	45,5	54,5		30,3	69,7		100 (36)
	84 vuotta täytäneet	69,4	30,6		50	50		100 (33)
Sukupuoli								
	Nainen	56,9	43,1		43,1	56,9		100 (51)
	Mies	61,1	38,9		33,3	66,7		100 (18)
Siviilisääty								
	Naimaton	58,3	41,7		41,7	58,3		100 (12)
	Naimisissa	68,8	31,1		31,3	68,8		100 (16)
	Leski/eronnut	57,9	42,1		44,7	55,3		100 (38)
Koulutus-taso								
	Kansakoulu tai vähemmän	51,2	48,8		41,5	58,5		100 (41)
	Keskikoulu tai enemmän	59,1	40,9		31,8	68,2		100 (22)
Kotihoidon alue								
	Kontinkankaan hvk	63,6	36,4		43,2	56,8		100 (44)
	Kiimingin hvk	48	52		36	64		100 (25)
Asiakkuuden kesto								
	Alle 5 vuotta	62,8	37,2		37,2	62,8		100 (43)
	Yli 5 vuotta	54,2	45,8		45,8	54,2		100 (24)
Käyntitiheys							<0,05	
	Enintään kerran päivässä	61,5	38,5		23,1	76,9		100 (26)
	Useamman kerran päivässä	55,8	44,2		51,2	48,8		100 (43)
Koettu vointi								
	Hyvä/kohtalainen	59,3	40,7		35,6	64,4		100 (59)
	Heikko	50	50		70	30		100 (10)
Yhteys omaisiin								
	Viikoittain	58,8	41,2		41,2	58,8		100 (51)
	Harvemmin	55,6	44,4		38,9	61,1		100 (24)

6.4 Työntekijöiden arviot asiakaslähtöisyyden toteutumisesta

Työntekijät arvioivat yleisesti asiakaslähtöisyyden toteutuvan kohtalaisesti. Mahdollisuuksien antaminen ja yhteistyö ja kunnioittava ja tukea antava hoito toteutuivat hyvin lähes kaikkien mielestä. Enemmän hajontaa oli erityisen tiedon tarjoamisen ja tiedottamisen ja viestimisen ulottuvuuksissa, joissa enää vain noin puolet vastasi asiakaslähtöisyyden toteutuvan paljon. Heikoiten työntekijöidenkin mukaan toteutui erityisen tiedon tarjoaminen. Erityisesti viestimiseen ja tiedon tarjoamiseen liittyen ilmeni eroja ammattiryhmien, työskentelyalueen, työn mielekkääksi kokemisen ja työn asiakaslähtöiseksi kokemisen suhteen.

Yksittäisissä kysymyksissä parhaiten työntekijöiden mukaan toteutui tasa-arvoinen kohtelu (kysymyksessä numero 18 vastausten keskiarvo oli 6,45), hyvien välien luominen (kysymyksessä numero 3 vastausten keskiarvo oli 6,16) sekä selkeä kysymyksiin vastaaminen (kysymyksessä numero 13 vastausten keskiarvo oli 6,08). Yksittäisistä kysymyksistä heikoiten asiakaslähtöisyyden ulottuvuuksista toteutui kirjallisen tiedon antaminen palveluista (kysymyksessä numero 16 vastausten keskiarvo oli 4,00) sekä tiedon antaminen muista palveluista (kysymyksessä numero 27 vastausten keskiarvo oli 4,07). Yksittäisten kysymysten jakaumat, keskiarvot ja keskihajonnat on esitetty liitetaulukossa 4.

Tiedottaminen ja viestiminen ja erityisen tiedon tarjoaminen

Sosiodemografisista taustamuuttujista työntekijöiden ikä ei ollut tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä tiedottamisen ja viestimisen ja erityisen tiedon tarjoamisen ulottuvuuksiin. Taulukossa 6 on esitetty työntekijöiden arviot asiakaslähtöisyyden ulottuvuuksista taustamuuttujittain. Vanhemmassa, 50 vuotta täyttäneiden ikäryhmässä 60 prosenttia vastasi tiedottamisen ja viestimisen toteutuvan paljon, kun alle 50-vuotiaiden ryhmässä samoin vastasi 45 prosenttia. Tiedottamisen ja viestimisen ulottuvuus nosti esille eroja työkokemuksen suhteen siten että he, joilla oli vähiten työkokemusta, kokivat tiedottamisen ja viestimisen toteutuvan heikoiten. Tilastollisesti merkitseviä erot eivät kuitenkaan olleet.

Ammattinimikkeen suhteen tarkasteltuna ilmeni tilastollisesti merkitseviä eroja. Tiedottamisen ja viestimisen ulottuvuudella 94 prosenttia sairaanhoitajista ja terveydenhoitajista vastasi asiakaslähtöisyyden toteutuvan paljon. Vastaavasti lähi- tai perushoitajista

samoin vastasi 42 prosenttia ja kodinhoitajista/kotiavustajista 58 prosenttia. Ero oli tilastollisesti merkitsevä ($p<0.001$). Erityisen tiedon tarjoamisen ulottuvuudessa ammattiryhmien välillä ei ollut selkeää eroa. Tiedottamisen ja viestimisen sekä erityisen tiedon tarjoaminen ulottuvuudella lähi- ja perushoitajien vastausprosentit olivat lähes identtiset, kun muilla työntekijäryhmillä erityisen tiedon tarjoamisen ulottuvuuden arvioitiin toteutuvan tiedottamista ja viestimistä heikommin.

Kotihoidon työntekijöiden työskentelyalue oli yhteydessä erityisen tiedon tarjoamisen toteutumiseen, tiedottamisen ja viestimisen toteutumisessa eroja alueiden välillä ei juuri-kaan ollut. Erityisen tiedon tarjoamisen koettiin toteutuvan Kiimingin alueella puolet useammin kuin Kontinkankaalla. Kiimingin alueella 78 prosenttia vastasi erityisen tiedon tarjoamisen toteutuvan paljon, kun Kontinkankaalla vastaavasti vastasi 37 prosenttia. Ero oli tilastollisesti merkitsevä ($p<0.005$).

Hyväksi koettu työkyky näytti ennustavan sekä tiedottamisen ja viestimisen että erityisen tiedon tarjoamisen ulottuvuudella asiakaslähtöisyyden toteutuvan useammin, kuin kohtalaiseksi koettu työkyky. Tiedottamisen ja viestimisen ulottuvuudella hyväksi työkykynsä kokevista 58 prosenttia vastasi asiakaslähtöisyyden toteutuvan paljon, kun kohtalaiseksi työkykynsä kokevista samoin vastasi 46 prosenttia. Saman suuntaisesti vastaukset jakautuivat myös erityisen tiedon tarjoamisen suhteen, jossa 49 prosenttia hyväksi työkykynsä kokevista ja 39 prosenttia kohtalaiseksi työkykynsä kokevista vastasi asiakaslähtöisyyden toteutuvan paljon.

Myös työn mielekkyys ilmeni vastauksissa samaan tapaan kuin kokemus omasta työkyvystä. Työntekijät, jotka arvioivat työnsä mielekkääksi arvioivat myös tiedottamisen ja viestimisen sekä erityisen tiedon tarjoamisen toteutuvan useammin kuin he, jotka kokivat työkykynsä kohtalaiseksi. Mielekkääksi työnsä kokevista 59 prosenttia vastasi tiedottaminen ja viestiminen ulottuvuuden toteutuvan paljon ja 52 prosenttia erityisen tiedon ulottuvuuden toteutuvan paljon. Työn ei niin mielekkääksi kokevista 42 prosenttia vastasi tiedottamisen ja viestimisen toteutuvan paljon ja 31 prosenttia erityisen tiedon tarjoamisen toteutuvan paljon. Erot erityisen tiedon tarjoamisen suhteen olivat tilastollisesti merkitseviä ($p<0.05$).

Taustamuuttujana kysyttiin myös työntekijöiden yleistä arviota asiakaslähtöisyyden toteutumisesta. Sekä tiedottamisen ja viestimisen että erityisen tiedon tarjoamisen ulottuvuudella arvio näyttää vaikuttavan vastaamiseen. Työntekijät, jotka arvioivat asiakaslähtöisyyden yleisellä tasolla toteutuvan heikommin (silloin tällöin) arvioivat myös asiakaslähtöisyyden toteutuvan yksittäisillä ulottuvuuksilla selkeästi heikommin kuin he, joiden arvioimana asiakaslähtöisyys toteutui aina tai useimmiten. 58 prosenttia työntekijöistä, jotka arvioivat asiakaslähtöisyyden toteutuvan aina tai useimmiten ja 37 prosenttia työntekijöistä, jotka arvioivat asiakaslähtöisyyden toteutuvan silloin tällöin, arvioi tiedottamisen ja viestimisen teemassa asiakaslähtöisyyden toteutuvan paljon. Sama 20 prosentin ero ilmeni erityisen tiedon tarjoaminen ulottuvuudella. Tiedottaminen ja viestiminen ulottuvuudella ero oli tilastollisesti merkitsevä ($p<0.05$).

Taulukko 6. Työntekijöiden arviot tiedottaminen ja viestiminen ja erityisen tiedon tarjoaminen ulottuvuuksien asiakaslähtöisyydestä taustamuuttujittain, %.

		Tiedottaminen ja viestiminen			Erityisen tiedon tarjoaminen			Yhteensä 100(n)
		Paljon	Vähän	p	Paljon	Vähän	p	
Ikä	Alle 50-vuotiaat	44,7	55,3		46,2	53,8		100 (47)
	50 vuotta täyttäneet	59,6	40,4		42,6	57,4		100 (52)
Työkokemus hoitotyössä	0-10 vuotta	44,1	55,9		47,1	52,9		100 (34)
	11-20 vuotta	50	50		40,9	59,1		100 (22)
	Yli 20 vuotta	61,9	38,1		45,2	54,8		100 (42)
				<0,001				
Ammattinimike	Kodinhoitaja/ kotiavustaja	58,3	41,7		41,7	58,3		100 (12)
	Lähihoitaja/ perushoitaja	42,3	57,7		43,7	56,3		100 (71)
	Sairaanhoitaja/ terveydenhoitaja	93,8	6,3		50	50		100 (16)
Työskentely alue	Kontinkankaan hvk	51,9	48,1		37	63		100 (81)
	Kiimingin hvk	55,6	44,4		77,8	22,2		100 (18)
							<0,005	
Koettu työkyky	Hyvä	58,2	41,8		49,1	50,9		100 (55)
	Kohtalainen	45,5	54,5		38,6	61,4		100 (44)
Työn mielekkyys							<0,05	
	Mielekäs	58,7	41,3		52,4	47,6		100 (63)
	Ei kovinkaan mielekäs	41,7	58,3		30,6	69,4		100 (36)

Toteutuuko asiakaslähtöisyys		<0,05			
Aina/ useimmiten	58,3	41,7	50	50	100 (72)
Silloin tällöin	37	63	29,6	70,4	100 (27)

Kunnioittava ja tukea antava hoito ja mahdollisuuksien antaminen ja yhteistyö

Molemmissa teemoissa asiakaslähtöisyyden arvioitiin yleisesti toteutuvan erittäin paljon, eikä suuria eroja taustamuuttujittain ilmennyt (Taulukko 7). Ikäryhmittäin tarkasteltuna kunnioittava ja tukea antava hoito ulottuvuudella lähes kaikki molemmissa ikäryhmässä vastasivat asiakaslähtöisyyden toteutuvan paljon. Kunnioittava ja tukea antava hoito ja mahdollisuuksien antaminen ja yhteistyö toteutuvan hieman muita useammin niiden työntekijöiden arvioimana, joilla työkokemusta oli alle 10 vuotta. Mahdollisuuksien antaminen ja yhteistyö ulottuvuudella ero ei ollut kovinkaan suuri työkokemuksen mukaisissa ryhmissä, mutta kunnioittava ja tukea antava hoito ulottuvuudella asiakaslähtöisyyden arvioitiin toteutuvan sitä paremmin mitä vähemmän oli työkokemusta.

Kunnioittava ja tukea antava hoito ulottuvuuden arvioivat toteutuvan parhaiten lähi- ja perushoitajat ja heikoiten kodinhoitajat ja kotiavustajat. Mahdollisuuksien antaminen ja yhteistyö ulottuvuuden arvioivat kaikki kodinhoitajat ja kotiavustajat ja lähes kaikki sairaanhoitajat ja terveydenhoitajat puolestaan toteutuvan paljon. Lähi- ja perushoitajista mahdollisuuksien antamisen ja yhteistyön koki toteutuvan paljon 86 prosenttia. Kontinkankaan työntekijät vastasivat asiakaslähtöisyyden toteutuvan näillä ulottuvuuksilla hieman Kiimingin alueen työntekijöitä useammin.

Työntekijät, jotka arvioivat työkykynsä hyväksi, arvioivat mahdollisuuksien antamisen ja yhteistyön toteutuvan useammin kuin ne työntekijät, jotka arvioivat työkykynsä kohtalaiseksi tai heikoksi. Työkykynsä hyväksi kokevista 95 prosenttia arvioi asiakaslähtöisyyden toteutuvan paljon, kohtalaiseksi työkykynsä kokevista samoin vastasi 82 prosenttia. Myös työnsä mielekkääksi kokevat arvioivat mahdollisuuksien antaminen ja yhteistyö ulottuvuuden toteutuvan useammin kuin työtään vähemmän mielekkäänä pitäneet. Tilastollista merkitsevyyttä ei pysty luotettavasti khiin neliötestillä näiden taustamuuttujien ja tulostuuttajien ristiintaulukointien yhteydessä osoittamaan. Kunnioittava ja tukea antava hoito ulottuvuudella ei ollut juurikaan eroja koetun työkyvyn tai työn mielekkyyden suhteen.

Työntekijät, jotka arvioivat työn olevan yleisesti arvioiden aina tai useimmiten asiakaslähtöistä, arvioivat mahdollisuuksien antaminen ja yhteistyö ulottuvuuden toteutuvan hie-
man useammin kuin työn vähemmän asiakaslähtöiseksi kokevat. Työn useammin asia-
kaslähtöiseksi kokevista 92 prosenttia arvioi mahdollisuuksien antaminen ja yhteistyö
ulottuvuudella asiakaslähtöisyyden toteutuvan paljon kuin harvemmin työn asiakasläh-
töiseksi arvioineista samoin vastasi 82 prosenttia. Kunnioittava ja tukea antava hoito ulot-
tuvuudella puolestaan työntekijät, jotka arvioivat yleisesti asiakaslähtöisyyden toteutuvan
harvemmin, vastasivat asiakaslähtöisyyden toteutuvan useammin kuin he, jotka arvioivat
yleisen asiakaslähtöisyyden toteutuvan useammin.

Taulukko 7. Työntekijöiden arviot kunnioittava ja tukea antava hoito ja mahdollisuuksien
antaminen ja yhteistyö ulottuvuuksien asiakaslähtöisyydestä taustamuuttujittain, %.

		Kunnioittava ja tukea antava hoito			Mahdollisuuksien antaminen ja yhteistyö			Yhteensä 100(n)
		Paljon	Vähän	p	Paljon	Vähän	p	
Ikä								
	Alle 50-vuotiaat	89,4	21,2		87,2	12,8		100 (47)
	50 vuotta täyttäneet	78,8	10,6		90,4	9,6		100 (52)
Työkokemus hoitotyössä								
	0- 10 vuotta	91,2	8,8		91,2	8,8		100 (34)
	11-20 vuotta	86,4	13,6		86,4	13,6		100 (22)
	Yli 20 vuotta	76,2	23,8		88,1	11,9		100 (42)
Ammattinimike								
	Kodinhoitaja/ koti- avustaja	75	25		100	0		100 (12)
	Lähihoitaja/ perus- hoitaja	85,9	14,1		85,9	14,1		100 (71)
	Sairaanhoidaja/ terveydenhoitaja	81,3	18,8		93,8	6,3		100 (16)
Työskentely alue								
	Kontinkankaan hvk	90,1	9,9		85,2	14,8		100 (81)
	Kiimingin hvk	83,3	16,7		77,8	22,2		100 (18)
Koettu työkyky								
	Hyvä	83,6	16,4		94,5	5,5		100 (55)
	Kohtalainen	84,1	15,9		81,8	18,2		100 (44)
Työn mielekkäisyys								
	Mielekäs	85,7	14,3		95,2	4,8		100 (63)
	Ei kovinkaan miele- käs	80,6	19,4		77,8	22,8		100 (36)
Toteutuuko asiakaslähtöisyys								
	Aina/ useimmiten	80,6	19,4		91,7	8,3		100 (72)
	Silloin tällöin	92,6	7,4		81,5	18,5		100 (27)

6.5 Asiakkaiden ja työntekijöiden arvioiden vertailu

Erot asiakkaiden ja henkilökunnan arvioissa olivat kaikilla ulottuvuuksilla selkeät. Asiakkaat kokivat asiakaslähtöisyyden toteutuneen heikommin kuin työntekijät arvioivat omassa työssään sen toteutuvan. Asiakaslähtöisyyden ulottuvuuksien luokittelemattomia summamuuttujia vertaillen erot olivat kaikilla ulottuvuuksilla tilastollisesti erittäin merkitseviä ($p < 0.000$). Luokiteltujen summamuuttujien vertailussa mahdollisuuksien antaminen sekä kunnioittava ja tukea antava hoito ulottuvuuksilla erot olivat tilastollisesti erittäin merkitsevät ($p < 0.001$) ja tiedottaminen ja viestiminen ulottuvuudella tilastollisesti merkitsevät ($p < 0.05$). Erityisen tiedon tarjoaminen teemassa ero ei ollut khiin neliötestillä tilastollisesti merkitsevä, mutta Fisherin tarkalla testillä oli kuitenkin osoitettavissa suuntaa antava ero.

Asiakaslähtöisyyden ulottuvuuksien toteutumista kuvaavien summamuuttujien jakaumat, keskiarvot ja keskihajonnat on esitetty taulukossa 8 asiakkaiden ja työntekijöiden mukaan. Vastausten välinen vaihtelu oli lähes kaikissa koko vastausskaalan laajuinen. Ainoastaan työntekijöiden arvioissa mahdollisuuksien antamisesta ja yhteistyöstä vastausskala oli muita kapeampi (4–7), ja siinä työntekijöiden vastausten keskiarvojen mukaan asiakaslähtöisyys toteutui useimmin (keskiarvo 5.7). Kokonaisuudessaan työntekijöiden vastaukset olivat keskiarvoltaan asiakkaita parempia ja keskihajonnat pienempiä kuin asiakkaiden vastauksissa. Työntekijöiden vastausten keskiarvot vaihtelivat välillä 4.6–5.7, asiakkaiden puolestaan 3.4–4.9.

Asiakkaat olivat tyytyväisimpiä kunnioittavaan ja tukea antavaan hoitoon (keskiarvo 4.9), joka työntekijöiden arvioissa oli toteutunut toiseksi eniten (keskiarvo 5.6). Toiseksi tyytyväisimpiä asiakkaat olivat mahdollisuuksien antaminen ja yhteistyö ulottuvuuden asiakaslähtöisyyden toteutumiseen (keskiarvo 4,5), minkä työntekijät arvioivat parhaiten toteutuvaksi ulottuvuudeksi (keskiarvo 5.7). Heikoimmin toteutuneeksi asiakaslähtöisyyden ulottuvuudeksi sekä asiakkaat että työntekijät arvioivat erityisen tiedon tarjoamisen.

Kahden riippumattoman otoksen t-testillä arvioitiin luokittelemattomien summamuuttujien eroja vastaajaryhmien välillä. Levene- testissä $p < 0,05$, joten käytettiin erisuurten varianssien testiä. Kaikilla ulottuvuuksilla erot olivat tilastollisesti erittäin merkitsevät ($p < 0,000$).

Taulukko 8. Asiakaslähtöisyyden ulottuvuuksien jakaumat, keskiarvot ja keskihajonnat asiakkaiden ja henkilökunnan mukaan.

	n	Pienin	Suurin	Keskiarvo	Keskihajonta
Tiedottaminen ja viestiminen (p<0,000)					
Asiakkaat	69	1	6,8	3,8	1,59535
Työntekijät	99	2	6,9	4,8	1,05298
Erityisen tiedon tarjoaminen (p<0,000)					
Asiakkaat	69	1	7	3,4	1,89661
Työntekijät	99	1,25	7	4,6	1,25074
Mahdollisuuksien antaminen ja yhteistyö (p<0,000)					
Asiakkaat	69	1	7	4,5	1,40108
Työntekijät	99	4	7	5,7	0,67076
Kunnioittava ja tukea antava hoito (p<0,000)					
Asiakkaat	69	1	7	4,9	1,19347
Työntekijät	99	1,33	7	5,6	0,85427

Mittarin kehittäjien mukaan osa-alueet, joissa muuttujan luokittelun jälkeen yli 33 prosenttia vastaajista kokee ulottuvuuden toteutuvan vähän, ovat ensisijaisia kehittämiskohteita. Luokiteltujen summamuuttujien frekvenssitaulukossa (taulukko 9) ilmenee useita kehittämiskohteita. Kaikilla ulottuvuuksilla yli 33 prosenttia asiakkaista on vastannut asiakaslähtöisyyden toteutuneen vähän. Heikoimmin sekä asiakkaat että työntekijät olivat arvioineet toteutuneen tiedottamisen ja viestimisen ja erityisen tiedon tarjoamisen. Eniten asiakkaiden mukaan oli toteutunut kunnioittava ja tukea antava hoito, joka työntekijöiden mukaan oli toteutunut toiseksi eniten. Mahdollisuuksien antaminen ja yhteistyö oli toteutunut työntekijöistä lähes kaikkien vastanneiden mielestä paljon.

Vastaajaryhmien välisiä eroja tarkasteltiin khiin neliötestauksen avulla. Asiakkaiden ja työntekijöiden arviot asiakaslähtöisyyden toteutumisesta erosivat tilastollisesti merkitsevästi kaikissa muissa paitsi erityisen tiedon tarjoamisen ulottuvuudessa. Mahdollisuuksien antaminen ja yhteistyö ja kunnioittava ja tukea antava hoito ulottuvuuksilla vastaajaryhmien välillä oli tilastollisesti erittäin merkitsevä ero ($p<0.001$) ja tiedottamisen ja viestimisen ulottuvuudella tilastollisesti merkitsevä ero ($p<0.005$). Erityisen tiedon tarjoamisen ulottuvuudella vastaukset eivät eroa toisistaan khiin neliötestauksen mukaan tilastollisesti merkitsevästi, mutta Fisherin tarkalla testillä ilmeni suuntaa antava ero ($p=0.069$).

Taulukko 9. Asiakkaiden ja työntekijöiden arviot asiakaslähtöisyyden ulottuvuuksista, %.

	Tiedottaminen ja viestiminen p<0,005			Erityisen tiedon tarjoaminen p=0,069		
	Paljon	Vähän	Yhteensä 100 (n)	Paljon	Vähän	Yhteensä 100 (n)
Asiakkaat	29	71	100 (69)	31,9	68,1	100 (69)
Työntekijät	52,5	47,5	100 (99)	44,4	55,6	100 (99)

	Kunnioittava ja tukea antava hoito p<0,001			Mahdollisuuksien antaminen ja yhteistyö p<0,001		
	Paljon	Vähän	Yhteensä 100 (n)	Paljon	Vähän	Yhteensä 100 (n)
Asiakkaat	58	42	100 (69)	40,6	59,4	100 (69)
Työntekijät	83,8	16,2	100 (99)	88,9	11,1	100 (99)

7 YHTEENVETO JA POHDINTA

7.1 Tulosten tarkastelua

Tutkielman tavoitteena oli selvittää asiakaslähtöisyyden ulottuvuuksien toteutumista kotihoidossa sekä asiakkaiden että työntekijöiden näkökulmista. Lisäksi tavoitteena oli selvittää, onko vastaajaryhmien arvioiden välillä eroja. Tutkielman tavoitteena oli tuottaa lisätietoa kotihoidon kehittämistyöhön niin paikallisesti kuin valtakunnallisestikin.

Yhteenvetona voidaan todeta, että työntekijät arvioivat asiakaslähtöisyyden toteutuvan työssään useammin kuin asiakkaat kokivat sen toteutuneen. Asiakkaat kokivat kaikkien asiakaslähtöisyyden ulottuvuuksien toteutumisessa olevan kehitettävää. Erot vastaajaryhmien välillä olivat kaikissa asiakaslähtöisyyden ulottuvuuksissa selkeitä. Yhtäläisyytenä voidaan kuitenkin huomata, että molemmissa ryhmissä parhaiten ja heikoiten toteutuneet ulottuvuudet olivat samoja. Heikoimmin toteutuneiksi arvioitiin tiedottamisen ja viestimisen sekä erityisen tiedon tarjoamisen ulottuvuudet. Paremmin puolestaan sekä asiakkaiden että työntekijöiden mukaan toteutuivat asiakaslähtöisyyden asenteisiin liittyvät ulottuvuudet, kuten mahdollisuuksien antaminen ja yhteistyö sekä kunnioittava hoito. Taustamuuttujittain tarkasteltuna asiakaslähtöisyyden kokemisessa asiakkaiden näkökulmasta ilmeni alueellisia eroja sekä kotihoidon kestoon ja käyntitiheyteen liittyviä tilastollisesti merkitseviä eroja.

Erityisen tiedon tarjoamisen ulottuvuudella sekä asiakkaiden että työntekijöiden arvioissa alueelliset erot olivat tilastollisesti merkitseviä. Kontinkankaan alueen asiakkaat kokivat erityisen tiedon tarjoamisen ulottuvuudella asiakaslähtöisyyden toteutuvan paremmin kuin Kiimingin alueen asiakkaat. Alueelliset erot asiakkaiden vastauksissa kuvaavat sitä, että toimintamallit eivät molemmilla alueilla toimi vielä samalla tavalla.

Kontinkankaan alueen työntekijät puolestaan arvioivat erityisen tiedon tarjoamisen ulottuvuuden toteutuvan heikommin kuin Kiimingin alueen työntekijät. Kehittämistyön yhtenä osa-alueena on viime vuosina ollut hoito- ja palvelusuunnitelmien sisällöllinen kehittäminen ja asiakaslähtöisyyden parempi toteutuminen. Asiakkaiden osallisuuteen hoidon- ja palveluiden suunnittelussa tulee jatkossakin kiinnittää huomiota. Erityisesti Kiimingin toimintamallia hoito- ja palvelusuunnitelmien laatimisessa tulee vielä tarkastella, sillä työntekijöiden asiakaslähtöiseksi arvioima työ ei näyttäydy asiakkaiden arvioimana

toivotulla tavalla. Kontinkankaalla työntekijät olivat kriittisempiä erityisen tiedon tarjoamisen ulottuvuuden toteutumisessa, mutta vaikuttaisi siltä, että asiakkaiden suuntaan tehty työ asiakkaiden vaikutusmahdollisuuksien parantamisessa alkaisi hiljalleen näkyä.

Työtä asiakkaan mukaan ottamiseen palveluiden suunnittelemiseen riittää vielä molemmilla alueilla. Asiakaslähtöisyyden kulmakivi on, että asiakas on itse aktiivisesti suunnittelemassa palveluitaan. Tässä opinnäytetyössä asiakkailla ei ollut merkittävää muistiongelmaa, mutta osallistuminen oli silti heikkoa. Myös kognition heikentyessä täytyy yrittää löytää keinoja, jotta asiakas voi aktiivisesti osallistua.

Asiakkaiden osallistaminen oman hoidon suunnitteluun on keskeinen kehittämistarve. Hoito- ja palvelusuunnitelmien puolivuositaisesta päivittämisestä pitäisi saada vielä nykyistä enemmän asiakkaan suuntaan näkyvää toimintaa ja toimintamallia kehittää niin, että asiakkaalla olisi aito osallistumisen mahdollisuus. Teknologiset ratkaisut alkavat mahdollistaa RAI-arvioinnin ja hoito- ja palvelusuunnitelmien päivittämisen asiakkaan kotona, nyt olisikin vuorossa toimintatapojen kehittäminen niin, että teknologian mahdollisuuksia pystytään parhaalla mahdollisella tavalla hyödyntämään.

Konkreettisena keinona erityisen tiedon tarjoamisen ulottuvuuden asiakaslähtöisyyden kehittämiseen on omahoitajan kanssa päivitettävä hoito- ja palvelusuunnitelma, johon asiakas tuottaa itse tavoitteita. Hoito- ja palvelusuunnitelman tärkeyttä onkin korostettu useissa aiemmissa tutkimuksissa (mm. Tepponen 2009; Voutilainen 2009; Turjamaa 2014). Hoito- ja palvelusuunnitelma ei ole asiakkaan vaatimuslista palveluista, eikä myöskään hoitajalähtöinen tehtävälista, vaan yhteistyössä laadittu suunnitelma mielekkään, toimintakykyisen ja turvallisen arjen toteutumiseksi. Tätä toimintamallia on pyritty vahvistamaan kotihoidossa ja tämän opinnäytetyön perusteella Kontinkankaalla, jossa toimintatapa on ollut käytössä hieman pidempään, siinä on jossain määrin onnistuttu.

Clarkin ym. (2008) osallisuuden tasojen mukaan kotihoidossa määrittelisin asiakkaiden osallisuuden rajalliseksi osallisuudeksi, jossa asiakas on mukana satunnaisesti muun muassa hoito- ja palvelusuunnitelman laatimisessa. Tavoitteena tulisi olla lisääntyvä osallisuus, jossa asiakas on aktiivisesti mukana vaikuttamassa palvelun sisältöön ja ikääntynyt nähdään tasa-arvoisena toimijana ja hänen toimijuuttaan ja asiantuntijuuttaan arvostetaan. On oleellista huomioida, että asiakkaiden aktiivisuuden asteissa on eroja ja toiset haluavat

olla aktiivisemmin mukana kuin toiset. Tämä tukee käsitystä siitä, että yksilölliset ratkaisut ikäihmisten palveluissa ovat tärkeitä ja jokaisella asiakkaalla tulee olla mahdollisuus osallistua voimavarojensa mukaan.

Tutumpien asiakkaiden mukaan tiedottaminen ja viestiminen ja erityisen tiedon tarjoaminen toteutui useammin kuin vähemmän tai vähemmän aikaa palveluita tarvinneiden. Kun kontakteja kotihoidon kanssa oli enemmän, koettiin että myös tietoa saatiin enemmän ja laajemmin. Jatkossa on entistäkin enemmän kiinnitettävä huomioita vähemmän palveluita käyttävien asiakasryhmään. Heille tulisi antaa lisätietoa eri palveluista ja ohjata oma-toimisuuteen ja toimintakyvyn ylläpitoon, jotta asiakas pärjäisi jatkossakin mahdollisimman itsenäisesti.

Myös mahdollisuuksien antaminen ja yhteistyö ulottuvuudella käyntitiheys oli yhteydessä asiakaslähtöisyyden toteutumiseen tilastollisesti merkitsevästi. Tämän opinnäytetyön perusteella näyttäisi siltä, että kun asiakkaan luona käydään useammin, asiakas kokee hoitajat tutummaksi ja toiminnan enemmän yhdenvertaisena. Uusien asiakkaiden kohtaamisen tärkeys korostuu. Asiakkaat toivovat käynneille tuttua hoitajaa ja vaihtuvuuden toivotaan olevan mahdollisimman vähäistä, käyntien organisointiin liittyvät tekijät nousevat keskeisiksi. Erityisesti niiden asiakkaiden kohdalla, joiden luona käyntejä on harvemmin kuin päivittäin, olisi samojen hoitajien (omahoitaja) käynti vieläkin tärkeämpää, jotta luottamuksellisen suhteen rakentamiselle olisi parempi mahdollisuus. Myös käyntien aikakriittisestä tarkastelusta on kehittämistyössä keskusteltu runsaasti. Luottamuksellisen suhteen syntymiseksi on syytä tarkistaa, onko harvemmin apua tarvitsevan asiakkaan käyntiaika juuri kiireisen aamun ruuhkahuipussa ja jos on, siirtää sitä rauhallisempaan hetkeen, jolloin aikaa kohtaamiselle jää enemmän.

Erityisinä kehittämiskohteina tässä opinnäytetyössä nousi esille uusien tai vasta vähän aikaa palveluiden piirissä olleiden asiakkaiden kohtaaminen, tiedon antaminen ja yhteistyön mahdollistaminen. Lisäksi asiakkaat, jotka tarvitsevat vain vähän palveluita, ovat omatoimisuuden tukemisen, tiedon tarjoamisen ja siten palvelutarpeen lisääntymisen ennaltaehkäisyyn kannalta oleellinen asiakasryhmä. Näihin ryhmiin tulisi kiinnittää jatkossa enemmän huomioita ja miettiä yhteisiä toimintamalleja ja työnjakoa. Tämän tyyppisiä toimintamalleja kotikuntoutuspiloteissa muissa kaupungeissa onkin jo tehty ja Oulussa-kin sellainen on käynnistymässä.

Sjögrenin (2013) mukaan työntekijän omilla kokemuksilla tai koulutuksella ei ollut merkitystä asiakaslähtöisen hoidon toteutumisessa. Tässä tutkimuksessa työntekijät arvioivat kotihoiton asiakaslähtöisyyden toteutuvan pääasiassa hyvin. Heikoiten toteutuvaksi työntekijät arvioivat tiedottamisen ja viestimisen sekä erityisen tiedon tarjoamisen. Tiedottamisen ja viestimisen teeman toteutuminen nousi selkeästi muita ammattiryhmiä vahvemmin esille sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien vastauksissa. Ero oli tilastollisesti merkitsevä. Ero on selitettävissä ammattiryhmien erilaisilla työnkuvilla, sillä perinteisesti kotihoitossa sairaanhoitajilla ja terveydenhoitajilla on erityinen vastuu asiakkaille viestimisestä. Vastausten perusteella sairaanhoitajat ja terveydenhoitajat kokivat tiedottamisen ja viestimisen vahvasti omaksi toiminnakseen. Erityisen tiedon tarjoamisen ulottuvuudessa vastuunjako ammattiryhmien välillä ei ollutkaan enää niin selvää, vaan vastaukset hajaantuivat ja vain harvan mukaan kyseinen ulottuvuus toteutui paljon. Asiakkaan hoidon suunnittelun ja kirjalliseen ja suulliseen tiedottamiseen liittyvien tehtävien työnjakoa tulisi vielä selkiyttää, jotta asiakas tietää, mistä tietoa saa, ja työntekijät tietävät miten, tiedottamis- ja suunnitteluvastuut on jaettu.

Omahoitajan ja sairaanhoitajan ja terveydenhoitajan työnjaon selkiyttämiseksi näyttäisi olevan tarvetta ja omahoitajan roolin vahvistaminen asiakkaan suuntaan voisi lisätä luottamuksen tunnetta muuten vaihtuvissa hoitajaoptimoinneissa. Kotihoito 2020- mallissa omahoitajuuden vahvistamista suositeltiin paremman tiedonkulun mahdollistamiseksi. Nyt tiimien yhdyshenkilöinä toimivat sairaanhoitajat ja terveydenhoitajat ovat vahvasti toiminnan keskiössä ja kuormittuvat tehtävistä, jotka myös omahoitaja voisi hoitaa. Toiminnan muuttuessa myös työntekijöiden työtehtäviä ja vastuita voi olla syytä tarkastella uudelleen.

Tiedottaminen ja viestiminen ulottuvuuden sisältö, kuten palveluista kertominen ja niiden ehdottaminen, ohjaaminen miten saada yhteys muihin ikäihmisiin tai tiedon antaminen huolenaiheista, voisivat kuulua selkeästi omahoitajan tehtäviin. Myös tiedottamisen keinoja kannattanee tarkastella, voisiko kirjallista materiaalia hyödyntää nykyistä tehokkaammin tai olisiko omaisten kanssa yhteydenpitoon hyödynnettävissä jotakin uusia menetelmiä perinteisten rinnalle. Kirjallisen tiedon antamisen tehostaminen (esimerkiksi lääkitykseen, sairauteen tai ruokavalioon liittyen) sekä hoito- ja palvelusuunnitelmien toimittaminen asiakkaille kirjallisena ovat tarkastelun paikkoja asiakaslähtöisemmän toiminnan mahdollistamiseksi tällä ulottuvuudella. Erilaisia ohjekirjasia ja muuta kirjallista materiaalia on olemassa runsaasti, ja ne ovat suullisen tiedon tueksi tärkeä lisä vaikkapa

uuden lääkehoidon aloittamisessa tai uuden diagnoosin selvittäessä. Myös omaisille kirjallinen tieto voi olla tärkeää. Mikäli viestimisen ja tiedottamisen tehtäviä siirtey selkeästi enemmän omahoitajien vastuulle, täytyisi se huomioida myös asiakaskäyntien suunnittelussa ja ajankäytössä.

Yhteenvedona työntekijät vastasivat sekä tiedottaminen ja viestiminen että erityisen tiedon tarjoaminen ulottuvuuksien toteutuvan paremmin kuin asiakkaat niiden toteutumisen kokivat. Jossakin vaiheessa tiedonkulku katkeaa, työntekijöiden tekemä työ ei täysin vastaa asiakkaiden tarpeita tai tavoita heitä toivotulla tavalla. Näiden teemojen asiakaslähtöisyyden vahvistaminen lähtee uusien toimintatapojen todellisesta omaksumisesta, selkeästä työnjaosta ja työntekijöiden itsenäisestä vastuunottamisesta. Aidosti asiakaslähtöinen toimintakulttuuri vaatii motivoituneiden ja innostuneiden työntekijöiden lisäksi vahvan lähijohtajan tuen.

Clarkin ym. (2003) mukaan laadukkaaseen hoitotyöhön päästään vain, mikäli hoitaja koee työnsä mielekkääksi ja arvokkaaksi. Tämä näkökulma huomioiden on tärkeää löytää hoitotyön jatkuvan kiireiseen ilmapiiriin työtapoja ja toimintamalleja, jotka tukevat työn mielekkyyttä ja siten motivoivat työntekijöitä. Työntekijöiden työkyky ja työn mielekkääksi kokeminen näyttivät myös tämän tutkimuksen aineistossa vaikuttavan asiakaslähtöisyyden toteutumiseen. Hyväksi koettu työkyky sekä mielekkääksi koettu työ lisäsivät kaikilla muilla paitsi kunnioittava ja tukea antava hoito ulottuvuudella asiakaslähtöisyyden toteutumista.

Sjögren (2013) toteaa, että asiakaslähtöisyys toteutui paremmin, kun työskenneltiin yhteisymmärryksessä. Asiakaslähtöisen hoidon vaikutusta asiakkaiden hyvinvointiin arvioitaessa on osoitettu, että asiakaslähtöisen hoidon toteutuessa elämänlaatu koettiin paremmaksi ja asiakkaat olivat tyytyväisempiä. Kun henkilökunnan asenne oli asiakaslähtöinen, asiakkaat kokivat elämänlaatunsa paremmaksi ja olivat tyytyväisempiä samaansa hoitoon. Morganin ja Yodenin (2012) mukaan asiakkaat olivat tyytyväisempiä hoitoon, kun he kokivat sen räätelöidyn juuri heidän tarpeitaan vastaavaksi ja vuorovaikutus hoitajan kanssa oli sujuvaa. Hoitajan vaikutus asiakkaan kokemaan hyvinvointiin ja toimintakykyyn on suuri. Suurin osa tähän opinnäytetyöhön osallistuneista työntekijöistä koki kotihoitotyön asiakaslähtöisenä. Tämän tutkimuksen aineistosta ilmeni viitteitä siitä, että he, jotka kokivat työn yleisesti asiakaslähtöisenä, myös toteuttivat työssään asiakaslähtöisyyden ulottuvuuksia useammin kuin muut.

Työntekijät, jotka kokivat työkykynsä heikoksi, arvioivat myös asiakaslähtöisyyden toteutuvan heikommin kuin hyväksi työkykynsä kokevat. Työhyvinvointiin panostamisen tärkeys ei ole uusi tieto. Myös tämän aineiston perusteella huomion kiinnittäminen työhyvinvointiin on tärkeää, toki työntekijän omien voimavarojen tukemiseksi, mutta myös asiakaslähtöisyyden toteutumiseksi.

Peek'in ym. (2007) mukaan toiminta- ja ajattelutavan muuttumisen todettiin käytännön työssä olevan yleisesti hidasta, koska muutos perustuu vahvasti ihmisten asenteisiin. Leväsluodon ja Kivisaaren (2012) mukaan asiakaslähtöisyyden kehittämisen keskeisin osa-alue onkin asennemuutos. Kotihoidon yleisissä arvoissa asiakaslähtöisyys on keskeinen, mutta jokainen sisäistää asian omalla tavallaan ja toinen työntekijä voi pitää sitä tärkeämpänä arvona kuin toinen. Kehittämistyössä ja johtamisessa painotetaan vahvasti käytäntöihin, prosesseihin, tehokkuuteen ja laatuun. Myös asenteelliset tekijät olisi tärkeää nostaa enemmän keskiöön. Positiivisen ilmapiirin luomisella ja vallan ja vastuun uudelleen jakamisella voidaan vuorovaikutusta muuttaa toimivammaksi.

Positiivisena asiana voidaan pitää sitä, että asiakaslähtöisyyden suhteen heikoiten toteutuneet ulottuvuudet olivat konkreettisia työn organisointiin, viestimiseen ja työtapoihin liittyviä tekijöitä, joihin voidaan vaikuttaa toimintatapoja kehittämällä. Asiakkaiden ja työntekijöiden vastausten perusteella asenteelliset ulottuvuudet, joihin vaikuttaminen on hitaampaa, toteutuivat hieman paremmin. Jeglinskyn (2012) mukaan asiakkaiden tasavertainen ja kunnioittava kohtelu ovat perustana asiakaslähtöisyyden mahdollistumiselle. Asiakkaiden ja työntekijöiden arvioissa kunnioittava ja tukea antava hoito ja mahdollisuuksien antaminen ja yhteistyö toteutuivat ulottuvuuksista parhaiten. Yksittäisistä kysymyksistä asiakkaiden arvioimana parhaiten vastausten keskiarvojen mukaan toteutui tasavertainen kohtelu.

Clarkin ym. (2003) mukaan elämänkerran hyödyntämisen hoitotyössä nähtiin parantavan asiakkaan huomioimista. Myös kotihoidossa elämänkerrallinen lähestymistapa voisi olla mielekäs tapa omahoitajan ja asiakkaan luottamuksellisen suhteen luomisessa. Elämäntarinat huomioimalla omahoitajan suhde asiakkaaseen ja omaisiin syvenee ja asiakkaan tunteminen laajentuu. Kehittämistyö kotihoidossa on viime vuosina painottunut vahvasti uusiin toimintamalleihin ja konkreettisiin työkaluihin, joiden tarkoituksena on selkeyttää

työtä ja vapauttaa aikaa asiakastyölle toimistotyön sijaan. Asiakaslähtöisyys on siis pitkälti asennekysymys, joten jatkossa koulutus- ja kehittämiskohteita voisi miettiä myös asenteiden ja pehmeämpien arvojen näkökulmasta. Voisiko uusi lähestymistapa asiakkaan tilanteeseen luoda uudenlaista ilmapiiriä ja toimintakulttuuria?

Toimintamalleja kehitetään ja uusia työkaluja otetaan käyttöön, samaan aikaan kotihoidon kentällä työskentelevän työntekijöiden keski-ikä on korkea ja usea iäkkäimmistä työntekijöistä tekee työtä kodinhoitajan tai kotiaivustajan koulutuksen pohjalta. Kotihoiton kenttä on viime aikoina täytynyt piloteista, hankkeista ja kehittämisestä, vakiintumattomat käytännöt ja ehkä epäselvät työnkuvat ja työnjaot kehittämisvaiheessa voivat lisätä työn stressaavuutta. Uusia työkaluja tai toimintatapoja käyttöön ottaessa olisikin tärkeää pyrkiä siihen, ettei tarve saada uusi toiminta nopeasti käyttöön ajaisi käytettävyyden edelle, jolloin keskeneräinen toimintamalli tai työkalu vain lisää epävarmuutta.

Kotihoidon ympärillä liikkuu paljon negatiivista keskustelua niin mediassa kuin kotihoidon sisälläkin. Olisi tärkeää nostaa esille hyviä toimintatapoja ja onnistuneita kohtaamisia asiakkaiden kanssa, jotta hyvin tehty työ tulisi paremmin näkyväksi niin työntekijöille itselleen kuin omaisille ja eri verkostoille. Onnistuneita kohtaamisia ja tilanteita voitaisiin nostaa enemmän esille ja koota yhteen yleisiä hyviä käytäntöjä.

Voutilaisen (2007) mukaan kotihoidon kentällä on omat työn haastavuutta lisäävät erityispiirteensä. Esimerkiksi eri osapuolten vaihtelevat odotukset palvelun sisällöstä, joiden yhteensovittaminen voi olla haastavaa, heterogeeniset asiakasryhmät, joiden tarpeet ja toimintaympäristöt eroavat toisistaan, sekä jo aiemmin mainitut vuorovaikutukselliset tekijät asiakkaan ja työntekijän välillä. Hoito- ja kuntoutustyö on ensisijaisesti asiakkaan kohtaamista ja vuorovaikutusta. Kehittämistyössä onkin muistettava kaiken teknologian hyödyntämisen ja ympäristön muokkaamisen lomassa palata asiantuntijoiden ja työntekijöiden sekä asiakkaiden asenteisiin ja perusarvoihin, asiantuntijan ja asiakkaan väliseen yhteistyöhön, jossa molemmilla osapuolilla on oma oleellinen lopputulokseen vaikuttava roolinsa.

Koko kotihoidon toimintakulttuurin pitää perustua aitoon asiakaslähtöiseen toimintaan. Henkilökunnan asenteita tarkastellaan useissa tutkimuksissa, mutta erityisesti Pikkarainen (2016) muistuttaa myös asiakkaan asenteen merkityksestä. Tulee kiinnittää huomi-

oita siihen, että asiakkaalta kaivataan aikaisempaa aktiivisempaa otetta päätösten tekemisen lisäksi myös vastuun ottamiseen. Roolien niin omaisten, asiakkaan kuin hoitohenkilökunnankin suhteen tulee olla selvillä kaikille osapuolille, hoito- ja palvelusuunnitelman tekeminen yhdessä on erinomainen työkalu siihen.

Tämä opinnäytetyö vahvistaa Turjamaan (2014) väitöskirjan keskeistä lopputulosta siitä, että kotihoidon palveluiden suunnittelussa tulee ehdottomasti kiinnittää edelleen erityistä huomioita asiakaslähtöisyyden aitoon toteutumiseen. Siihen tarvitaan toiminnan arvojen kirkastamista, arvoja tukevaa johtajuutta sekä uusia raikkaita toimintamalleja ja ennakoluulotonta asennetta toimintamallien kehittämiseen. Lisäksi tarvitaan panostusta työhyvinvointiin ja työssäjaksamiseen ja huomion kiinnittämistä pehmeisiin hoitotyön arvoihin ja onnistumisiin sekä hyviin käytäntöihin. Tärkeää olisi tämän opinnäytetyön mukaan miettiä, miten työ, jota henkilöstö kokee tekevänsä asiakaslähtöisesti, saataisiin näkymään myös asiakkaan arjessa selkeämmin. Toivottavasti kotihoidon tulevaisuus on aktiivista asiakkaan kanssa yhdessä toimimista muuttuvan toimintakyvyn mahdollistamissa puitteissa.

Jatkotutkimustarpeina olisi mielenkiintoista kartoittaa asiakaslähtöisyyden toteutumisen kehittymistä seurantatutkimuksella samalle kohderyhmälle. Toisaalta nyt Oulussa alkava moniammatillisen kotikuntoutuksen pilotti olisi myös kiinnostava kohde samalle kyselylle, jolloin voitaisiin verrata uuden kotikuntoutustoimintamallin ja perinteisen kotihoidon asiakaslähtöisyyden toteutumista. Asiakaslähtöisyyden toteutumista estävien ja mahdollistavien tekijöiden kartoittaminen toisi konkreettista tietoa siihen, miten asiakaslähtöisyyden parempaa toteutumista voitaisiin tukea. Lisäksi kotihoidon työntekijöille kohdennettu toimintatutkimus, jossa teemana olisivat hyvät käytännöt asiakaslähtöisyyden toteutumiseksi, toisi koko toimintakentälle tietoa toimivista käytännöistä. Yleiset kotihoidon hyvät käytännöt puuttuvat käypä hoito -suosituksista, joista esimerkiksi Hyvä ympärivuorokautinen hoito -suositus jo löytyy. Useissa tutkimuksissa on korostettu lähijohtajan roolin tärkeyttä, joten olisi kiinnostavaa tietää lähijohtajien näkemyksiä asiakaslähtöisyydestä ja arvioita sen toteutumisesta.

7.2 Tutkimuksen luotettavuus

Kvantitatiivinen tutkimusote soveltui tähän tutkimukseen hyvin, ja aineiston ja tutkimusmenetelmien perusteella saatiin vastauksia tutkimuskysymyksiin. Validiteetilla tarkoitetaan sitä, että tutkimus mittaa sitä, mitä sen oli tarkoituskin (Heikkilä 2008). Tässä tutkimuksessa validiteetti toteutui hyvin. Aineistoa käsiteltiin luottamuksellisesti ja huolellisesti kaikissa tutkimuksen vaiheissa. Vastausprosentti jäi toivottua pienemmäksi, mutta muun muassa taustamuuttujia yhdistelemällä yksittäisten henkilöiden vastauksia ei pysty lopputuloksesta erottamaan.

Tässä opinnäytetyössä käytettiin validoitua ja reliaabeliksi osoitettua MPOC-mittaria. Mittarin alkuperäisenä kohderyhmänä ovat lapset ja perheet sekä heidän näkökulmansa. Pohdin paljon, miten mittarin käytön laajentaminen muuhun kohderyhmään onnistuisi. Jeglinskyn (2012) tutkimuksessa MPOC-mittaria käytettiin CP-lasten perheiden ja palveluntuottajien viitekehysessä ja puhuttiin perhekeskeisyydestä eikä asiakaslähtöisyydestä. Alusta asti oli selvää, että kyselylomakkeita tullaan muokkaamaan kotihoidon kentälle sopivammaksi. Kelan tekemä selvitys (Karhula & Salminen 2014) lisäsi ymmärrystä siihen, että asiakaslähtöisyys koostuu samoista ulottuvuuksista kohderyhmästä riippumatta ja toisaalta myös mittariston kehittäjät ovat todenneet sen laajentamisen eri kohderyhmille olevan hyvin mahdollista.

Henkilökunnan mittaristo soveltui käyttöön hieman vähäisemmin sovelluksin kuin asiakkaiden. Termien muuttamisen ja lauserakenteiden selkiyttämisen lisäksi keskustelut Oulun kaupungin asiantuntijoiden kanssa nostivat esille muutamien erityiskysymysten toiveen. Joitakin kysymyksiä muokattiin siis hieman enemmän. Validiteetin parantamiseksi muokattuja lomakkeita testattiin sekä asiakkailta että työntekijöillä, mutta testihenkilöiden ohjeistamiseen ja palautteen keräämiseen olisi voinut kiinnittää enemmän huomiota, sillä muokkaustarpeita nousi esille vain vähän ja ne keskittyivät enemmän ulkoasuun, kuin sisällöllisiin asioihin. Muokkaukset ovat voineet vaikuttaa jonkin verran summamuuttujien muodostamiseen ja analyysiin. Toisaalta päätös tiivistää muuttujat neljään summamuuttujaan molemmissa aineistoissa selkeytti analyysiä ja oli sisällöllisesti tällä aineistolla hyvin perusteltavissa.

Aineiston keräämisen suunnitteluun käytin paljon aikaa ja jo tutkimussuunnitelman teko-
vaiheessa pohdittiin, mikä olisi paras ratkaisu luotettavan kyselyn toteuttamiseksi ja koh-
talaisen vastausprosentin saamiseksi. Erityisesti asiakkaiden vastausten saaminen tiedos-
tettiin jo lähtökohtaisesti haastavaksi. Perinteistä postitse toteutettua kirjekyselyä ei ha-
luttu tehdä, vaan ajatuksena oli opiskelijoita hyödyntämällä saada asiakkaat motivoitua
paremmin vastaamaan. Organisointi kotihoidon hoitajien kautta olisi ollut helpointa, mutta
jotta asiakkaiden vastauksiin ei vaikuttaisi henkilökunnan läsnäolo ajateltiin opiskelijoi-
den olevan neutraalimpi keino toteuttaa kysely. Kävin ohjaamassa kotihoidon tiimien
opiskelijoille kyselyn toimittamiseen ja niiden takaisin keräämiseen liittyvät asiat henki-
lökohtaisesti, lisäksi toimistoille jäi kirjalliset ohjeet kansioon, johon myös kyselyt oli
tarkoitus palauttaa.

Opiskelijoiden motivaatio ja rohkeus toteuttaa kyselyitä vaihteli. Seurasin kyselyiden pa-
lautumista ja mikäli näytti, että opiskelijat eivät olleet saaneet kyselyitä toimitettua asi-
akkaille, pyysin apua tiimien sairaanhoitajilta tai terveydenhoitajilta. Jo alun perin olisi
kannattanut ottaa sairaanhoitajat ja terveydenhoitajat mukaan organisoimaan kyselyiden
toimittamista asiakkaille. Kyselyiden kerääminen toteutettiin kohtalaisen tiiviillä aikatau-
lulla ja kohderyhmänä oli 20 kotihoidon tiimin asiakkaat. Pidempi aikaväli ja vaikkapa
uusi kyselykierros niille, joita kysely ei tavoittanut, olisi voinut mahdollistaa suuremman
vastausprosentin. Alun perin vastausprosentin tavoitteena oli 70 prosenttia, jonka jo läh-
tökohtaisesti arvioin haastavaksi saavuttaa.

Opiskelijoiden hyödyntäminen aineiston keräämisessä oli järkevää, jatkossa kuitenkin tii-
mien yhdyshenkilöiden apu organisoinnissa on järkevää ottaa käyttöön alusta asti. Vähin-
täänkin tulee huolehtia siitä, että he tietävät, mistä on kyse ja pystyvät kohdentamaan
opiskelijoiden käyntejä paremmin niille asiakkaille, jotka kyselyn kohderyhmään kuulu-
vat. Nyt opiskelijoilla oli itsellä iso vastuu seurata asiakaslistoja ja kyselyn kohderyhmään
kuuluvia. Jatkossa tämän kaltaista tutkimusta tehdessä kannattaa miettiä tinkiikö mahdol-
lisesta vastausten määrästä ja säilyttää vastuun vain opiskelijoilla vai reliabiliteetista
siinä, että hoitohenkilöstö on itse mukana kyselyn toteuttamisessa, jolloin vastauksia
mahdollisesti saisi enemmän, mutta vastausten sisältöön voi vaikuttaa henkilökunnan läs-
näolo. Karhulan ja Salmisen (2014) mukaan subjektiiviseen arviointiin liittyy aina tiettyjä
harhan riskejä. Erilaiset tilannetekijät, kuten arvioijan mieliala tai kiire, voivat vaikuttaa
arviointiin, myös arvioijan sisäiset standardit voivat ajan kuluessa muuttua.

LÄHTEET

Alastalo H, Vainio S, Vilkkio A & Sarivaara S (2016) Iäkkäiden ihmisten kokemus hoidosta ja palveluista: Koettu hoidon laatu asiakkaiden näkökulmasta (ASLA)- kyselyn tuloksia. Helsinki: Terveystieteiden tutkimuskeskus ja hyvinvoinninlaitos.

Clarke A, Hanson E & Ross H (2003) Seeing the person behind the patient: enhancing the care of older people using a biographical approach. *Journal of clinical nursing* 12(5), 697-706.

Gzil F, Lefevre C, Cammelli M, Pachoud B, Ravaud J & Lepage A (2007) Why is rehabilitation not yet fully person-centered and should it be more person-centered? *Disability and rehabilitation* 29 (20-21), 1616-1624.

Groop J (2014) Miten vastata kotihoidon kasvavaan kysyntään? Ikääntyneen väestön palvelut: käyttö, kustannukset ja vaikuttavuus projektin julkaisu 1. Helsinki: Kuntaliitto.

Hammar T (2008) Palvelujen yhteensovittaminen kotihoidossa ja kotiutumisessa: kotihoidon asiakkaiden avuntarve ja palvelujen käyttö sekä PALKO- mallin vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus. Väitöskirja. Lääketieteellinen tiedekunta. Tutkimuksia 179. Tampere: Tampereen Yliopisto.

Hammar T, Perälä ML & Rissanen P (2009) Clients and workers perceptions on clients functional ability and need for help: home care in municipalities. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 23(1), 21-32.

Hansebo G & Kihlgren M (2000) Patient life stories and current situation as told by carers in nursing home wards. *Clinical nursing research* 9(3), 260-279.

Heikkilä T (2008) Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita.

Heinola R (2007) Asiakas arvioinnin keskiössä. Teoksessa: Heinola R (toim.) Asiakaslähtöinen kotihoito- opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Stakes oppaita 70. Helsinki: Stakes.

Hirdes J, Ljunggren G, Morris J, Frijters D, Finne- Soveri H, Gray L, Björkgren M & Gilgen R (2008) Reliability of the interRAI suite of assessment instruments: a 12-country study of an integrated health information system. *BMC Health Services Research*. Bio-med Central. <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-8-277.pdf> (luettu 22.4.2016)

Hyttinen H (2009) Ikäihminen hoitotyön asiakkaana Teoksessa: Voutilainen P & Tikkanen P (toim.) Gerontologinen hoitotyö. Helsinki: WSOY.

InterRAI (2017) Home Care (HC) <http://www.interrai.org/home-care.html> (luettu 8.6.2017)

Jeglinsky I (2012) Family-centredness in services and rehabilitation planning for children and youth with cerebral palsy in Finland. Stockholm: Karolinska institutet.

Jeglinsky I, Karhula M & Autti- Rämö I (2013) Kuntoutusprosessi kuntoutujan arvioimana. *Kuntoutus* 4/2013. 37- 52.

Jokivuori P & Hietala R (2007) Määrällisiä tarinoita: monimuuttujamenetelmien käyttö ja tulkinta. Helsinki: WSOY.

Järvikoski A (2013) Monimuotoinen kuntoutus ja sen käsitteet. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2013:43. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Karhula M & Salminen A-L (2014) Kyselylomake kuntoutusprosessin asiakaslähtöisyyden seurantaan Kelan järjestämässä kuntoutuksessa. KELA loppuraportti, HKK- kysely 2014. Helsinki: Kela.

Kehusmaa S, Vainio S & Alastalo H (2016) Ikääntyneet palvelun käyttäjät tuntevat olonsa turvalliseksi mutta hoidon suunnitteluun osallistumisessa on kehitettävää. Terveysten- ja hyvinvoinninlaitos. Tutkimuksesta tiiviisti 13. Helsinki: Terveysten ja hyvinvoinnin laitos.

King S, King G & Rosenbaum P (2004) Evaluating health service delivery to children with chronic conditions and their families: Development of a refined Measure of Processes of Care (MPOC-20). *Children's health care* 33(1), 35-57.

Knox, V & Menzie S (2005) Using the Measure of Processes of Care to Assess Parents' Views of a Paediatric Therapy Service. *British Journal of Occupational Therapy* 68(3), 110-116.

Kotihoito 2020: 10 askeleen ohjelma kotihoitoon. Tekes 2014. <https://www.tekes.fi/globalassets/global/ohjelmat-ja-palvelut/ohjelmat/innovaatiot-sosiaali--ja-terveyspalveluissa/kotihoito2020.pdf> (luettu 10.10.2017)

Kuula A (2011) Tutkimusetiikka: aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Tampere: Vastapaino.

Laitinen H & Karhe L (2000) Hyvän hoitotyön kirja. Helsinki: Tammi.

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 2012/980.

Lepège A, Gzil F, Cammell M, Lefefe C, Pachoud B & Ville I (2007) Person-centredness: Conceptual and historical perspectives. *Disability and rehabilitation* 29(20-21), 1555-1565.

Leväsluoto J & Kivisaari S (2012) Kohti asiakaslähtöisiä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelumalleja. Espoo: VTT Technology 62.

McPerson K & Siegert R (2007) Person- centered rehabilitation: rhetoric or reality? *Disability and rehabilitation* 29 (20-21), 1551-1554.

Morgan S & Yoden L (2012) A concept analysis of person- centered care. *Journal of holistic nursing* 30(1), 6-15.

Nolan M, Davies S, Brown J, Keady J & Nolan J (2004) Beyond 'person-centred' care: a new vision for gerontological nursing. *Journal of Clinical Nursing* 13(3a), 45-53.

Oulun kaupunki (2010) Yhdessä ikäihmisen asialla, Oulun kaupungin ikääntymispoliittiset linjaukset 2010-2020. https://www.ouka.fi/c/document_library/get_file?uuid=53a4c063-7f04-4d61-8c03-ba4e200481c8&groupId=64357 (luettu 3.4.2017)

Outhoorn A, Ward-Griffin C & McWilliam C (2007) Client–nurse relationship on home-based palliative care: a critical analysis of power relations. *Journal of Clinical Nursing* 16(8), 1435-1443.

Paljärvi S (2012) Muuttuva kotihoito: 15 vuoden seurantalutkimus Kuopion kotihoidon organisoinnista, sisällöstä ja laadusta. Itä-Suomen Yliopisto. Väitöskirja. Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta.

Paltamaa J, Karhula M, Suomela-Markkanen T & Autti-Rämö I (toim.) (2011) Hyvän kuntoutuskäytännön perusta: Käytännön ja tutkimustiedon analyysistä suosituksiin vaikeavammaisten kuntoutuksen kehittämishankkeessa. KELA:n tutkimusosasto. Sastamala: Vammalan kirjapaino Oy.

Peek C, Higgins I, Milson- Hawke S, McMillan M & Harper D (2007) Towards innovation: the development of a person-centred model of care for older people in acute care. *Contemporary nurse* 26(2), 164-176.

Pietrukovicz ME & Johnsson MM (1991) Using life histories to individualize nursing home staff attitudes toward residents. *Gerontologist* 31(1), 102-106.

Pikkarainen A (2013) Gerontologisen kuntoutuksen käsikirja: osa I. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 159. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Pikkarainen A (2016) Gerontologisen kuntoutuksen käsikirja, osa II. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 221. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

RaiSoft (2012) Mittarikäsikirja. Kokkola: RaiSoft.

Reunanen M, Järvikoski A, Talvitie U & Härkäpää K (2015) Individualised home-based rehabilitation after stroke in eastern- Finland- the client's perspective. *Health and social care in the community* 24(1), 77-85.

Rosenwilliam S, Roskell C & Pandyan AD (2011) A systematic review and synthesis of the quantitative and qualitative evidence behind patient-centred goal setting in stroke rehabilitation. *Clinical rehabilitation* 25(6), 501-514.

Salguero A, Martinez-Garcia R, Molinero O & Marques S (2011) Physical activity, quality of life and symptoms of depression on community-dwelling and institutionalized older adults. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 53, 152-157.

Sanelma P (2009) Kotihoitotyön kehittäminen tiimityön avulla: Toimintatutkimus kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistymisestä. Akateeminen väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopisto.

Sarvimäki A (2009) Gerontologisen hoitotyön arvot ja eettiset periaatteet Teoksessa: Voutilainen P & Tikkanen P (toim.) Gerontologinen hoitotyö (2009). Helsinki: WSOY.

Siebes R, Maassen G, Wijnroks L, Ketelaar M, van Schie P, Groter J & Vermeer A (2007) Quality of paediatric rehabilitation from the parent perspective: validation of the short Measure of Processes of Care (MPOC-20) in the Netherlands. *Clinical Rehabilitation* 21(1), 62-72.

Sjögren K (2013) Personcentrerad vård i särskilda boenden för äldre. Umeå University.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2014/1301.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2013) Ikäihmisten palveluiden laatusuositus. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=6511564&name=DLFE-26915.pdf (luettu 8.3.2015)

Sote- ja maakuntauudistus 2017. <http://alueuudistus.fi/mika-on-sote-uudistus>. (luettu 25.5.2017)

Tepponen M (2007) Yhteistyö. Teoksessa Heinola R.(toim.) Asiakaslähtöinen kotihoito: Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Stakes oppaita 70. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy.

Tepponen, M (2009) Kotihoidon integrointi ja laatu. Väitöskirja. Kuopion Yliopiston julkaisuja E. yhteiskuntatieteet. Kuopio: Kopijyvä.

Terveystieteiden tutkimuskeskus 1326/201.

Turjamaa R (2014) Older people`s individual resources and reality on home care. Väitöskirja. Dissertations in Health Sciences 255. Kuopio: Itä-Suomen Yliopisto.

Turjamaa R, Hartikainen S, Kangasniemi M and Pietilä A-M (2014) Living longer at home: A qualitative study of older clients' and practical nurses' perceptions of home care. *Journal of Clinical Nursing* 23(21-22), 3206-3217.

Vehko T, Sinervo T & Joseffson K (2017) Henkilöstön hyvinvointi vanhuspalveluissa-kotihoidon kehitys huolestuttavaa. Tutkimuksesta tiiviisti 11, Kesäkuu 2017. Helsinki: Terveystieteiden tutkimuskeskus.

Voutilainen P (2007) Laadun arviointi Teoksessa Heinola Reija (toim.) Asiakaslähtöinen kotihoito- opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Stakes oppaita 70. Helsinki: Stakes.

Vähäkangas P (2010) Kuntoutumista edistävä hoitajan toiminta ja sen johtaminen pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Väitöskirja. Lääketieteellinen tiedekunta. Oulun Yliopisto. Tampere: Juvenes Print.

Vähäkangas P, Noro A, Björkgren M (2006) Provision of rehabilitation nursing in long-term care facilities. *Journal of Advanced Nursing* 55(1), 29–35.

Vähäkangas P, Noro, A & Finne-Soveri H (2008) Daily rehabilitation nursing increases the nursing time spend on residents. *International Journal of Nursing Practice* 14(2), 157–164.

Vähäkangas P, Niemelä K & Noro A (2012) Ikäihmisten kuntoutumista edistävän toiminnan lähihoitaminen. THL raportti 48 Helsinki: Terveystieteiden tutkimuskeskus.

Liitteet

Liite1. Asiakaslähtöisyyden ulottuvuuksien toteutumista koskevien asiakasarviointien rotatoitu latausmatriisi.

Asiakasarviointien muuttujat	Komponentti				
	1	2	3	4	5
20 kirjallisten ohjeiden antaminen	,843				
21 neuvominen mistä saada lisätietoa	,798	,206			
15 kirjallisen tiedon antaminen sairauteen liittyen	,797	,114	,136	,295	
16 arviointien ja testien tuloksista kertominen	,776	,240		,171	
7 hoitovaihtoehtojen selittäminen	,759	,259	,207	,256	,123
17 sopivien palveluiden ehdottaminen	,737	,144	,180		-,142
2 kirjallisen tiedon antaminen palvelun sisällöstä	,654		,377	,394	
5 hoidon kokonaisvaltaisuus	,506	,345	,390	,353	,188
12 yhdenmukainen tiedon antaminen	,117	,879			,209
11 tasa-arvoinen kohtelu	,179	,793		,156	
14 yksilöllinen kohtaaminen	-,104	,696	,277		-,451
10 yhdenmukaiset toimintatavat	,371	,668	,180		,387
18 selkeä kysymyksiin vastaaminen	,362	,578	,295		,432
9 kiireetön ilmapiiri	,299	,563	,307	,236	
1 asiantuntijuuden tukeminen	,108	,124	,851		-,149
3 kannustaminen ja positiivinen palaute	,321	,288	,739	,157	,164
6 tieto omahoitajasta	,434	,230		,705	-,102
8 mahdollisuus vaikuttaa hoidon sisältöön	,416	,171	,393	,670	,124
19 omaisten mahdollisuus saada tietoa	,361	,455	,411	-,455	,219
13 pelon tai turvattomuuden tunne		-,234	-,305	,135	-,696
4 tavoitettavissa oleminen			-,164		,654

Pääkomponenttianalyysi, varimax

Liite 2. Asiakaslähtöisyyden ulottuvuuksien toteutumista koskevien työntekijäarviointien rotatoitu latausmatriisi.

Työntekijäarvioiden muuttujat	Komponentti					
	1	2	3	4	5	6
26 omaisille mahdollisuus saada tietoa	,807		,262		,110	,120
1 ehdottanut palveluita	,801			,133	,244	,115
27 tieto muista palveluista	,789		,276		-,119	
23 edistänyt mahdollisuuksia sosiaalisissa suhteissa	,767	,288	,194			
24 tukenut asiakasta	,767	,322				,131
5 kertonut palveluista	,743	,164	,239	,271		-,120
25 ohjannut miten yhteys muihin	,735	,194	,163			,291
15 antanut kirjallista tietoa sairaudesta	,701	,181	,245		,167	
9 tiedon antaminen huolenaiheista	,666	,228	-,129		,347	
19 mahdollisuus vaikuttaa	,521	,280	,394	,239	-,183	,242
4 keskustellut asiakaspalaverissa	,484	,291	,391	,124	,241	-,225
20 kiireetön ilmapiiri		,782			-,161	-,170
21 tukenut asiantuntijuutta	,139	,751	,172	,126		,319
10 mahdollisuus kertoa	,211	,720	,172		,366	
13 vastannut kysymyksiin	,158	,612	,117		,497	,104
8 kokonaisvaltainen huomioiminen	,130	,600	,144	,294	,251	,218
11 mahdollisuus valita itse	,309	,539		,131		,177
17 huomionnut yksilönä	,245	,475	,314	,375	,194	,343
22 asiakas mukana suunnitelmissa	,201	,140	,841			
16 antanut kirjallista tietoa palvelusta	,408	,229	,721			,101
12 itsenäinen vastuunotto	,112		,651		,484	,344
14 kertonut tuloksista	,473	,229	,555	,113		-,160
6 hyväksynyt asiakkaan			-,114	,814	-,109	,172
7 luottanut että asiakas asiantuntija				,780		
3 luonut hyvät välit				,688	,369	
2 kannustanut	,370	,289	,136	,341	,446	
18 kohdellut tasa-arvoisesti	,221	,271				,802

Pääkomponenttianalyysi, varimax

Liite 3. Asiakkaiden kysely. Yksittäisten kysymysten jakaumat, keskiarvot ja keskihajonnat.

MPOC-20	n	Min	Max	Mean	Std. Deviation
1 asiantuntijuuden tukeminen	68	1	7	4,50	1,511
2 kirjallisen tiedon antaminen palvelun sisällöstä	69	1	7	3,35	1,969
3 kannustaminen ja positiivinen palaute	69	1	7	4,52	1,632
4 tavoitettavissa oleminen	68	1	7	4,84	1,599
5 hoidon kokonaisvaltaisuus	69	1	7	3,74	1,703
6 tieto omahoitajasta	69	1	7	3,71	2,402
7 hoitovaihtoehtojen selittäminen	69	1	7	3,80	1,982
8 mahdollisuus vaikuttaa hoidon sisältöön	69	1	7	3,19	1,809
9 kiireetön ilmapiiri	69	1	7	3,86	1,889
10 yhdenmukaiset toimintatavat	69	1	7	4,74	1,596
11 tasa-arvoinen kohtelu	69	1	7	5,61	1,153
12 yhdenmukainen tiedon antaminen	69	1	7	5,00	1,543
13 pelon tai turvattomuuden tunne	69	1	7	1,68	1,419
14 yksilöllinen kohtaaminen	69	1	7	5,12	1,641
15 kirjallisen tiedon antaminen sairauteen liittyen	69	1	7	4,01	2,125
16 arviointien ja testien tuloksista kertominen	68	1	7	4,13	2,143
17 sopivien palveluiden ehdottaminen	69	1	7	4,01	2,118
18 selkeä kysymyksiin vastaaminen	68	1	7	5,35	1,581
19 omaisten mahdollisuus saada tietoa	68	1	7	4,76	1,886
20 kirjallisten ohjeiden antaminen	69	1	7	3,38	1,956
21 neuvominen mistä saada lisätietoa	69	1	7	3,64	2,058
Valid N (listwise)	65				

Liite 4. Työntekijöiden kysely. Yksittäisten kysymysten jakaumat, keskiarvot ja keskihajonnat.

Työntekijöiden kysely	n	Min	Max	Mean	Std. Deviation
1 ehdottanut palveluita	99	1	7	4,37	1,234
2 kannustanut	99	4	7	5,57	,859
3 luonut hyvät välit	99	1	7	6,16	,976
4 keskustellut as.palaverissa	99	1	7	5,37	1,397
5 kertonut palveluista	99	2	7	4,97	1,173
6 hyväksynyt asiakkaan	99	1	7	5,44	1,263
7 luottanut että asiakas asiantuntija	99	2	7	5,07	,982
8 kokonaisvaltainen huomioiminen	99	3	7	5,74	,864
9 tiedon antaminen huolenaiheista	99	3	7	5,47	,951
10 mahdollisuus kertoa	99	4	7	6,05	,813
11 mahdollisuus valita itse	99	2	7	5,35	,983
12 itsenäinen vastuunotto	98	1	7	5,32	1,524
13 vastannut kysymyksiin	99	5	7	6,08	,710
14 kertonut tuloksista	98	1	7	4,63	1,439
15 antanut kirjallista tietoa sairaudesta	99	1	7	4,46	1,586
16 antanut kirjallista tietoa palvelusta	99	1	7	4,00	1,552
17 huomioinut yksilönä	99	2	7	5,99	1,055
18 kohdellut tasa-arvoisesti	99	5	7	6,45	,643
19 mahdollisuus vaikuttaa	99	1	7	5,02	1,253
20 kiireetön ilmapiiri	99	2	7	5,52	1,155
21 tukenut asiantuntijuutta	99	3	7	5,39	,901
22 asiakas mukana suunnitelmissa	99	1	7	4,40	1,647
23 edistänyt mahdollisuuksia sossuhteissa	99	1	7	4,92	1,390
24 tukenut asiakasta	99	2	7	5,14	1,262
25 ohjannut miten yhteys muihin	99	1	7	4,89	1,406
26 omaisille mahdollisuus saada tietoa	99	1	7	4,63	1,516
27 tieto muista palveluista	98	1	7	4,07	1,588
Valid N (listwise)	97				

Liite 5. Kyselylomake asiakkaalle.

ARVOISA KOTIHOIDON ASIAKAS

Kotihoidon palveluja pyritään kehittämään jatkuvasti ja asiakkaiden näkemysten huomiointi on tärkeä osa kehitystyötä. Tämän kyselyn tarkoituksena on selvittää Teidän kokemuksianne ja näkemyksiänne saamistanne kotihoidon palveluista.

Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista ja vastaukset käsitellään luottamuksellisesti. Kyselyyn vastaaminen tai vastaamatta jättäminen ei vaikuta saamiinne palveluihin, eikä vastauksia eritellä henkilötasolla.

Vastaaminen kestää noin 10 minuuttia. Kyselyn alussa kartoitetaan taustatekijöitä, mutta missään tutkimuksen vaiheessa ei kerätä henkilötietoja. Aineisto käsitellään osana Lapin yliopiston kuntoutustieteen pro gradu- tutkielmaa.

Vastatkaa aluksi seuraaviin taustatietoja kartoittaviin kysymyksiin kirjoittamalla vastaus viivalle tai ympyröimällä sopivimman vastauksen kohdalla oleva numero

A. Syntymävuosi _____

B. Sukupuoli

1 Nainen

2 Mies

C. Siviilisääty

1 Naimaton

2 Naimisissa

3 Avoliitossa

4 Leski

5 Eronnut

D. Koulutustaso

1 Ei koulutusta

2 Kansakoulu tai vähemmän

3 Keskkoulu/ peruskoulu

4 Ylioppilas

5 Opistotasoinen koulutus/ ammattikoulu

6 Yliopisto

E. Minkä kotihoidon alueen asiakas olette?

1 Kontinkankaan hyvinvointikeskus (Keskustan kotihoito, Kontinkankaan kotihoito)

2 Kiimingin hyvinvointikeskus (Kiiminki, Yli-Kiiminki, Yli-Ii)

F. Kauanko olette olleet kotihoidon asiakkaana?

1 Alle 1 vuosi

2 1- 5 vuotta

3 Yli 5 vuotta

G. Kuinka usein kotihoito käy luonanne?

1 Ei joka päivä
päivässä

2 Kerran päivässä

3 Useamman kerran

H. Minkälaiseksi koette vointinne tällä hetkellä?

1 Hyvä

2 Kohtalainen

3 Heikko

I. Onko teillä omaisia/ läheisiä, joiden kanssa olette tekemisissä säännöllisesti?

1 Kyllä, viikoittain

2 Kyllä, kuukausittain

3 Kyllä, muutamia kertoja vuodessa

4 Ei lainkaan

Seuraavat kysymykset koskevat kotihoitoa ja siihen liittyviä henkilökohtaisia kokemuksianne ja näkemyksiänne.

TÄRKEITÄ OHJEITA:

1. Vastausvaihtoehdot on numeroitu välillä 1- 7, jossa **1 = ei lainkaan ja 7 = hyvin paljon**. Ympyröikää numeroista se, joka **vastaa parhaiten omaa käsitystänne** kysytystä asiasta.
2. On erittäin tärkeää että kuvaatte ja arvioitte **todellista arjen toimintaa**, ei sitä mitä pidätte ihanteellisena palveluna.
3. Kaikki kysymykset eivät välttämättä ole kohdallanne merkityksellisiä. **Älkää siis turhaan ajatelko, että antamalla pienen numeron antaisitte huonon arvion.**
4. Keskittykää vastauksissanne viimeisen vuoden aikaiseen toimintaan. Juuri teidän henkilökohtaiset näkemyksenne ovat tärkeitä.

Vastausvaihtoehdot:

7 Hyvin paljon

6 Paljon

5 Melko paljon

4 Jonkin verran (esim. sain ohjausta jonkin verran, mutta en tarpeeksi)

3 Melko vähän

2 Hyvin vähän

1 Ei lainkaan

Ympyröikää kunkin kysymyksen kohdalta se numero, joka kuvaa parhaiten omaa kokemustanne asiasta.

Kuinka paljon kotihoidon työntekijät ovat viimeisen vuoden aikana...	HYVIN PAL- JON	PAL- JON	MELKO PAL- JON	JONKIN VER- RAN	MELKO VÄHÄN	HYVIN VÄHÄN	EI LAIN- KAAN
1)...auttaneet teitä tuntemaan itsenne oman tilanteenne asiantuntijaksi ?	7	6	5	4	3	2	1
2)...antaneet kirjallista tietoa kotihoidon palveluiden sisällöstä esim. hoito- ja palvelusuunnitelma, kuntoutussuunnitelma?	7	6	5	4	3	2	1
3)... kannustaneet ja antaneet positiivista palautetta?	7	6	5	4	3	2	1
4)...olleet tavoitettavissa tarvitessanne tukea tai tietoa?	7	6	5	4	3	2	1
5)...huomioineet tarpeitanne kokonaisvaltaisesti , esim. henkisiä, tunne-elämään liittyviä ja sosiaalisia tarpeita, eikä vain fyysisiä?	7	6	5	4	3	2	1
6)...varmistaneet, että tiedätte kuka omahoitajanne on?	7	6	5	4	3	2	1
7)...selittäneet kattavasti erilaisia hoitovaihtoehtoja/ palveluja esim. sairauden hoito, apuvälineet, päivätoiminta, vapaaehtoistyö, terapiat?	7	6	5	4	3	2	1
8)...keskustelleet kanssanne kotihoidon hoito- ja palvelusuunnitelman sisällöstä?	7	6	5	4	3	2	1
9)...luoneet kiireetömän ilmapiiriin , jossa on aikaa myös jutella?	7	6	5	4	3	2	1
10)...huolehtineet, että koko henkilökunta toimii samansuuntaisesti?	7	6	5	4	3	2	1

Kuinka paljon koti- hoidon työntekijät ovat viimeisen vuo- den aikana...	HYVIN PAL- JON	PAL- JON	MELKO PAL- JON	JONKIN VER- RAN	MELKO VÄHÄN	HYVIN VÄHÄN	EI LAIN- KAAN
11)...kohdelleet teitä tasa-arvoisesti ?	7	6	5	4	3	2	1
12)... antaneet teille yhdennäköistä tie- toa, joka ei vaihtelee työntekijästä riip- puen?	7	6	5	4	3	2	1
13)... aiheuttaneet teissä pelon tai tur- vattomuuden tun- teita ?	7	6	5	4	3	2	1
14)...kohdelleet teitä yksilönä , eikä tyypil- lisenä kotihoidon asi- akkaana?	7	6	5	4	3	2	1
15)...antaneet kirjal- lista tietoa hoi- toonne tai sai- rauteenne liittyen esim. lausunto, tutki- mustulokset, uusi lääkitys, ohjaus sai- rauden hoidossa?	7	6	5	4	3	2	1
16)...kertoneet arvi- ointien ja/tai testien tuloksista ?	7	6	5	4	3	2	1
17)... ehdottaneet teille sopivia palve- luja esim. päivä-toi- minta, kuntoutus, ryhmätoiminta?	7	6	5	4	3	2	1
18)... vastanneet kysymyksiinne sel- keästi ja ymmärrettä- västi?	7	6	5	4	3	2	1
19)...antaneet omai- sillenne/ läheisil- lenne mahdollisuu- den saada tietoa?	7	6	5	4	3	2	1
20)... antaneet kir- jallisia ohjeita esim. koti-ohjeet, esitteet, oppaat?	7	6	5	4	3	2	1
21)... neuvoneet mistä saada tietoa palveluista tai miten saada yhteys muihin ikäihmisiin?	7	6	5	4	3	2	1

© King S, King G & Rosenbaum P. Measure of Processes of Care (MPOC-20)

Kiitos vastauksistanne! Voitte nyt laittaa lomakkeen kirjekuoreen, jonka opiskelijat toimittavat eteenpäin.

HYVÄ KOTIHOIDON TYÖNTEKIJÄ

Kotihoidon palveluiden kehittäminen on käynnissä ja kehittämistyössä on tärkeää huomioida myös työntekijöiden näkökulma. Teen Lapin yliopistoon pro gradu- tutkielmaa kotihoidon asiakaslähtöisyydestä sekä asiakkaiden että henkilökunnan näkökulmista. Työntekijöiden kyselyn kohderyhmänä ovat Oulun kaupungin hyvinvointikeskusten kotihoidon vakituiset työntekijät sekä pitkäaikaiset sijaiset.

Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista ja vastaukset käsitellään luottamuksellisesti, eettisiä periaatteita noudattaen. Vastaamalla annat tärkeän näkemyksesi ja kokemuksesi tueksi kehittämistyöhön. Kyselyn alussa kartoitetaan taustatekijöitä, joita analysoidaan ryhmittelemällä, yksittäiset vastaukset tai vastaajan henkilöllisyys eivät siten ole tunnistettavissa, eikä niitä tuoda tutkimuksessa esille. Vastaaminen kestää noin 10 minuuttia, kiitos ajastasi.

Vastaa ensin seuraaviin taustatietoja kartoittaviin kysymyksiin kirjoittamalla vastaus viivalle tai ympyröimällä sopivimman vastauksen kohdalla oleva numero

A. Syntymävuosi _____

B. Työkokemus hoitotyössä vuosina noin puolen vuoden tarkkuudella (pyöristä puolet vuodet ylöspäin)

1 alle 1 vuosi

2 1- 5 vuotta

3 6- 10 vuotta

4 11- 20 vuotta

5 yli 20 vuotta

C. Ammattinimike

1 kodinhoitaja/ kotiavustaja

2 lähihoitaja/ perushoitaja

3 sairaanhoitaja/ terveydenhoitaja

D. Työskentely- yksikkö kotihoidossa

1 Kontinkankaan hyvinvointikeskus (Keskustan kotihoito, Kontinkankaan kotihoito)

2 Kiimingin hyvinvointikeskus (Kiimingin, Yli- Kiimingin ja Yli- lin kotihoito)

E. Minkälaiseksi koet oman työkykysi (terveys ja fyysinen, psyykkinen, sosiaalinen toimintakyky) tällä hetkellä?

1 hyvä

2 kohtalainen

3 heikko

F. Kuinka mielekkääksi koet kotihoidon työn tällä hetkellä?

1 erittäin mielekkääksi

2 mielekkääksi

3 jonkin verran mielekkääksi

4 en lainkaan mielekkääksi

G. Onko kotihoitotyö mielestäsi asiakaslähtöistä?

1 Aina

2 Useimmiten

3 Silloin tällöin

4 Ei

juuri koskaan

Seuraavat kysymykset koskevat kotihoitoa ja siihen liittyviä henkilökohtaisia kokemuksiasi ja näkemyksiäsi.

TÄRKEITÄ OHJEITA:

1. Vastausvaihtoehdot on numeroitu välillä 1- 7, jossa **1 = ei lainkaan ja 7 = hyvin paljon**. Ympyröikää numeroista se, joka **vastaa parhaiten omaa käsitystänne** kysytystä asiasta.
2. On erittäin tärkeää että kuvaatte ja arvioitte **todellista arjen toimintaa**, ei sitä mitä pidätte ihanteellisena palveluna.
3. Kaikki kysymykset eivät välttämättä ole kohdallanne merkityksellisiä. **Älkää siis turhaan ajatelko, että antamalla pienen numeron antaisitte huonon arvion.**
4. Keskittykää vastauksissanne viimeisen vuoden aikaiseen toimintaan. Juuri teidän henkilökohtaiset näkemyksenne ovat tärkeitä.

Vastausvaihtoehdot:

7 Hyvin paljon

6 Paljon

5 Melko paljon

4 Jonkin verran (esim. annoin ohjausta jonkin verran, mutta en tarpeeksi)

3 Melko vähän

2 Hyvin vähän

1 Ei lainkaan

Ympyröi kunkin kysymyksen kohdalta se numero, joka kuvaa parhaiten omaa kokemustasi asiasta.

Kuinka paljon olet työssäsi viimeisen vuoden aikana...	HYVIN PAL- JON	PAL- JON	MELKO PAL- JON	JONKIN VER- RAN	MELKO VÄHÄN	HYVIN VÄHÄN	EN LAIN- KAAN
1)... ehdottanut asiakkaalle hänelle sopivia palveluja?	7	6	5	4	3	2	1
2)... kannustanut asiakasta ja antanut positiivista palautetta?	7	6	5	4	3	2	1
3)...pyrkinyt tarkoituksella muodostamaan hyvät välit asiakkaaseen?	7	6	5	4	3	2	1
4)...keskustellut asiakkaan hoitoon liittyvistä tavoitteista asiakas/tiimipalaverissa varmistaaksesi, että henkilökunta toimii yhdenmukaisesti?	7	6	5	4	3	2	1
5)... kertonut asiakkaalle kattavasti hänelle sopivista hoitovaihtoehtoista tai palveluista? (esim. sairauden hoito, apuvälineet, päivätoiminta, vapaaehtoistyö, terapiat)	7	6	5	4	3	2	1
6)... hyväksynyt asiakkaan antamatta omien mielipiteidesi ja/tai periaatteidesi vaikuttaa?	7	6	5	4	3	2	1
7)... luottanut asiakkaaseen oman tilanteensa asiantuntijana?	7	6	5	4	3	2	1
8)...huomioinut asiakkaan tarpeita kokonaisvaltaisesti , esim. henkisiä, tunne-elämään liittyviä ja sosiaalisia, eikä vain fyysisiä?	7	6	5	4	3	2	1
9)... antanut asiakkaalle tietoa häntä huolestuttavista asioista?	7	6	5	4	3	2	1

Kuinka paljon olet työssäsi viimeisen vuoden aikana...	HYVIN PAL-JON	PAL-JON	MELKO PAL-JON	JONKIN VER-RAN	MELKO VÄHÄN	HYVIN VÄHÄN	EN LAIN-KAAN
10)... antanut asiakkaalle mahdollisuuksia kertoa hänelle tärkeistä asioista?	7	6	5	4	3	2	1
11)... antanut asiakkaan itse valita , mitä tietoa ja milloin hän haluaa kuulla?	7	6	5	4	3	2	1
12)...ottanut omahoitajana itsenäisesti vastuuta omista asiakkaistasi (arvioinnit, hoito- ja palvelusuunnitelma, hoidon jatkuvuus)?	7	6	5	4	3	2	1
13)... vastannut asiakkaan kysymyksiin selkeästi ja ymmärrettävästi?	7	6	5	4	3	2	1
14)... kertonut asiakkaalle testien ja/ tai arvioiden tuloksista esim. RAI, toimintakyky, MMSE?	7	6	5	4	3	2	1
15)... antanut asiakkaalle kirjallista tietoa hänen hoitoonsa tai sairauteensa liittyen esim. lausunto, tutkimustulokset, uusi lääkitys, ohjeet sairauden hoidossa?	7	6	5	4	3	2	1
16)... antanut asiakkaalle kirjallista tietoa kotihoidon palveluiden sisällöstä esim. hoito- ja palvelusuunnitelma, kuntoutussuunnitelma?	7	6	5	4	3	2	1
17)...huomioinut asiakkaan yksilönä , eikä tyypillisenä kotihoidon asiakkaana?	7	6	5	4	3	2	1
18)... kohdellut asiakasta tasa-arvoisesti ?	7	6	5	4	3	2	1
19)...varmistanut, että asiakkaalla on mahdollisuuksia vaikuttaa kotihoidon sisältöön?	7	6	5	4	3	2	1
20)... luonut kiireetömän ilmapiirin , jossa on mahdollisuus myös jutella?	7	6	5	4	3	2	1

21)... auttanut asiakasta koke- maan itsensä pä- teväksi oman ti- lanteensa asian- tuntijaksi?	7	6	5	4	3	2	1
22)...ottanut asi- akkaan mukaan hoito- ja palvelu- suunnitelman tai kuntoutussuunni- telman tekemi- seen?	7	6	5	4	3	2	1
23)...edistänyt asi- akkaan mahdolli- suuksia sosiaali- seen kanssa- käymiseen ja mui- den ikäihmisten ta- paamiseen esim. kerhot, ryhmät, vuorohoito, päivä- toiminta, tapahtu- mat?	7	6	5	4	3	2	1
24)... tukenut asiakasta, jotta hän selviäisi sai- rauksiensa kanssa esim. kertomalla eri palveluista ja antamalla tietoa?	7	6	5	4	3	2	1
25)...antanut asi- akkaalle tietoa ja neuvoja , miten ta- vata muita ikäihmi- siä ja miten saada yhteys muihin ikäihmisiin?	7	6	5	4	3	2	1
26)...antanut myös omaisille ja lähei- sille mahdollisuu- den saada tietoa?	7	6	5	4	3	2	1
27)...antanut pe- rustietoja esim. sosiaalipalveluiden hakemisesta ja eri- laisten palveluiden kustannuksista?	7	6	5	4	3	2	1

© King S, King G & Rosenbaum P. Measure of Processes of Care (MPOC-SP)

Kiitos vastauksistasi!